



**Cidália Domingues
Gonçalves**

**A técnica *Delphi* na avaliação da aceitabilidade do
EASYCare Standard (2010) em Portugal**



**Cidália Domingues
Gonçalves**

**A técnica *Delphi* na avaliação da aceitabilidade do
EASYCare Standard (2010) em Portugal**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, especialização em Gestão de Equipamentos, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

o júri
presidente

Prof. Doutora Alcione Leite da Silva
Professora Associada Convidada da Universidade de Aveiro

arguente principal

Prof. Doutora Maria Manuela Martinho Ferreira
Professora Associada da Universidade do Porto

vogal

Prof. Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão
(Orientadora)
Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Neste percurso, que é também de descoberta pessoal, nada teria sido possível sem a colaboração de outros, a quem, numa atitude de reconhecimento, quero manifestar o meu agradecimento. Assim, fico grata:

À orientadora deste trabalho, Professora Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão, da Universidade de Aveiro, pelos conhecimentos transmitidos, rigor científico, generosa partilha, permanente disponibilidade e aconselhamento precioso.

Aos Professores do mestrado, pelos conhecimentos transmitidos.

À Coordenadora do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes e aos responsáveis pelas Instituições participantes que tão prontamente autorizaram a realização deste estudo.

Aos profissionais e investigadores que de modo generoso aceitaram participar neste estudo e o fizeram de forma tão empenhada. Sem a sua preciosa ajuda, esta investigação não teria sido concretizada.

À Professora Doutora Albertina Lima Oliveira e à Professora Doutora Margarida Pedroso Lima, da Universidade de Coimbra, permanentes fontes de inspiração no trabalho com adultos de idade avançada.

À equipa do PAELab, da Universidade de Aveiro, em especial ao Professor Doutor Jorge Adelino Costa, porque sem a sua compreensão, provavelmente este mestrado não teria sido concluído.

Aos amigos, pelo incentivo constante, com um agradecimento muito especial à Esperança Martins, que esteve sempre presente.

À Carla Oliveira pelas discussões profícuas.

E por último, à minha bonita, paciente e generosa família.

palavras-chave

Avaliação; Aceitabilidade; Técnica *Delphi*; Pessoas Idosas; Cuidados de Saúde Primários; Consenso.

resumo

Introdução: O programa EASYCare Standard (2010) tem sido desenvolvido em mais de 40 países incluindo Portugal e corresponde a um método padronizado de avaliação multidimensional sobre a perceção das pessoas idosas em relação à sua saúde e às suas necessidades, permitindo fornecer um perfil de prioridades relativas aos seus cuidados. Até ao momento, desconhece-se a aceitabilidade do EASYCare Standard (2010) por aqueles que o aplicam nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a aceitabilidade do EASYCare Standard (2010) a partir da técnica *Delphi*.

Desenho: Estudo exploratório e descritivo, com recurso à técnica *Delphi*. Foram realizadas duas rondas, tendo o consenso sido definido como a concordância das respostas acima dos 50%.

Local: Unidades de Cuidados de Saúde Primários em todas (cinco) as Administrações Regionais de Saúde existentes em Portugal.

Participantes: Treze peritos que aplicam o EASYCare Standard (2010) desde 2013.

Resultados: Na primeira ronda, a taxa de respostas foi de 72% e na segunda foi de 92%. Obteve-se consenso em 31 de 33 itens. O consenso na aceitabilidade do instrumento EASYCare Standard (2010), correspondente a 100%, foi obtido em catorze itens incluindo: 1) bem aceite pelas pessoas idosas; 2) explícito e compreensível; 3) útil e importante para conhecer com mais detalhe as pessoas; 4) válido para a sinalização e/ou encaminhamento de utentes para uma avaliação mais exaustiva; 5) permite identificar necessidades dos utentes; 6) permite caracterizar a qualidade de vida das pessoas idosas; 7) permite a recolha de informação pertinente para a elaboração de diagnósticos (de saúde e/ou sociais); 8) permite a elaboração de um plano de intervenção em conformidade com as necessidades encontradas.

Conclusão: Os resultados indicam um forte consenso relativamente à aceitabilidade do EASYCare Standard (2010), em contexto de Cuidados de Saúde Primários em Portugal por parte dos profissionais de saúde e investigadores. Itens com falta de consenso fornecem excelentes oportunidades para estudos futuros.

keywords

Assessment; Acceptability; Delphi Technique; Older People; Primary Health Care; Consensus.

abstract

Introduction: The EASYCare system has been developed in more than 40 countries including Portugal and corresponds to a standardized method of multidimensional evaluation of the perception of older people in relation to their health and their needs, allowing provides a profile of priorities relating to their care. Till now, there are no knowledge about the acceptability of EASYCare Standard (2010) by health care workers and researchers who apply in Primary Health care in Portugal.

Objective: This study aimed to assess the acceptability of EASYCare Standard (2010) from the Delphi technique.

Design: Exploratory and descriptive study, using Delphi technique. Two rounds were performed, and the consensus was defined as the agreement in the answers above 50%.

Setting: Primary Health Care Units in all (five) Regional Health Authorities in Mainland Portugal.

Subjects: Thirteen experts who apply the EASYCare Standard (2010) since 2013.

Results:In the first round, the response rate was 72% and the second round was 92%. Consensus has been reached in 31 of 33 items. The consensus on the acceptability, related to the 100% agreement, of EASYCare Standard (2010) instrument, was reached on fourteen aspects including: 1) well accepted by the older people; 2) explicitly and understandable; 3) useful and important to know with more detail the people; 4) valid for signaling and referral of patients for a more complete evaluation; 5) identify the needs of patients; 6) allows to characterize the quality of life of older people; 7) allows the collection of relevant information for the development of diagnostics (health and social); 8) allows the elaboration of an action plan in accordance with the needs met.

Conclusion: The Delphi study conducted herein reached a consensus concerning acceptability of EasyCare Standard (2010) in the context of primary health care in Portugal by health workers and researchers. Items with lack of consensus provide excellent areas for future research

**abreviaturas, siglas
e acrónimos**

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVB	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CRI	Centros de Responsabilidade Integrada
CS	Centro de Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
EPIC	<i>European Prototype for Integrated Care</i>
GATT	<i>Geriatric Assessment Technical Training</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSPI	Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas
RCSP	RCSP – Rede de Cuidados de Saúde Primários
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCOPE	<i>Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for Elderly</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidades de Cuidados Continuados Integrados
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS	Unidades Locais de Saúde
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiar
USP	Unidades de Saúde Pública

Índice

Índice de tabelas.....	2
Índice de figuras.....	2
INTRODUÇÃO.....	5
PARTE I - FASE CONCEPTUAL.....	9
1-Envelhecimento(s).....	11
1.1- O envelhecimento sob um olhar demográfico	12
1.2 - O envelhecimento sob um olhar social	15
1.3 - O envelhecimento sob um olhar biológico	18
1.4- O envelhecimento sob um olhar psicológico	20
1.5 - Desafiando o envelhecimento: um olhar multidisciplinar	24
2- Serviço Nacional de Saúde	27
2.1 - Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas	28
2.2- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes: Projeto Com Mais Cuidado	29
3- Avaliação abrangente geriátrica : o caso do EASYCare	31
3.1 - Origem do EASYCare	31
3.2 - O instrumento EASYCare Standard (2010).....	35
3.3 – Aceitabilidade do EASYCare Standard (2010).....	36
4- Justificação e objetivos do estudo	39
PARTE II - FASE METODOLÓGICA.....	41
5- Desenho do Estudo	43
6- A Técnica <i>Delphi</i>	45
6.1 - Características da técnica <i>Delphi</i>	45
6.2 - O consenso na técnica <i>Delphi</i>	47
7- Procedimentos Metodológicos	49
7.1 - Contexto e recrutamento dos participantes	49
7.2 - Procedimentos.....	51
7.3 - Procedimentos Éticos.....	58
PARTE III - FASE EMPÍRICA	61
8-Resultados.....	63
8.1 - Peritos	63
8.2 - Aplicação do EASYCare	64

8.3 - Percepções sobre o EASYCare: um primeiro olhar a partir da análise de conteúdo	65
8.4 – Consenso na aceitabilidade do EASYCare	72
8.5 - Alterações propostas pelos participantes	76
9- Discussão	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
Limitações do Estudo.....	89
Implicações e sugestões de estudo seguintes	90
Principais Conclusões	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	105
Apêndice 1 – Folha de Respostas 1	107
Apêndice 2 – Folha de Respostas 2	113
Apêndice 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	119
Apêndice 4- Matriz da Análise de Conteúdo	121
ANEXOS	129
Anexo 1 – EASYCare Standard (2010)	131
Anexo 2 – Declaração de Autorização da Coordenação do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes	151
Anexo 3 – Parecer do Conselho de Ética e Deontologia	153

Índice de tabelas

Tabela 1- Distribuição dos profissionais por entidade e ARS	50
Tabela 2 – Guião do questionário enviado aos peritos na Ronda 1	53
Tabela 3 - Respostas dos peritos na Ronda 1 por dimensões de análise	56
Tabela 4 – Caracterização dos peritos segundo o grupo a atividade desenvolvida.....	64
Tabela 5 – Contexto de utilização do EASYCare	65
Tabela 6 - Concordância obtida pelos doze peritos na Ronda 2.....	74

Índice de figuras

Fig. 1 - Desenvolvimento das rondas e respetivas taxas de resposta	51
--	----

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é atualmente uma realidade com expressão mundial (Eurostat, 2014), já não restrito ao *Velho Mundo* e resultando, na generalidade dos países da conjugação da quebra da fecundidade e do aumento da duração média de vida (PORDATA, 2014; United Nations, 2013). É unânime considerar que o aumento da longevidade representa uma importante conquista da humanidade e resulta de múltiplas melhorias nas condições gerais de saúde das populações. Contudo, as mudanças demográficas, com tudo o que têm de positivo, não deixam de acarretar novos desafios, a nível nacional e internacional. Face à universalidade e à irreversibilidade do desequilíbrio das gerações (Nazareth, 2009) as sociedades debatem-se com novas realidades, entre as quais, a pressão sob o mercado de trabalho e os sistemas de reformas e de saúde. As novas exigências, que são colocadas atualmente às sociedades, exigem que estas sejam acompanhadas por forças de renovação e reinvenção sociais (Oliveira, 2013), também no setor da saúde.

Atualmente, a imagem da pessoa idosa doente e improdutivo está bem arraigada na sociedade (Fernandez-Ballesteros, 2013; Lima, 2010) e o discurso dominante, em relação aos mais velhos, é desprestigiante (Lima, 2010). Tal acontece, na medida em que nas sociedades atuais o valor da idade assenta em critérios de instrumentalismo económico (Biggs, 2014). Os estereótipos negativos e as crenças prevalecentes acerca dos mais velhos têm conduzido a que as gerações de idade mais avançada sejam encaradas como um custo acrescido em termos de recursos sociais e serviços de saúde (Fletcher et al., 2004). Esta associação resulta pelo menos em parte, de uma ligação que se estabelece comumente entre envelhecimento e doença, que surgem como se fossem sinónimos (Simões, 2002). Sabe-se que, a transmissão destas imagens, entre os cuidadores, tem um efeito negativo nas pessoas idosas, funcionando como uma profecia que se autorrealiza e desse modo, tem um fortíssimo impacto, na qualidade de vida dos mais velhos, ainda que atue, de forma subentendida (Fernandez-Ballesteros, 2013; Ferreira-Alves & Novo, 2006). Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem vindo a defender a importância de se veicularem imagens não estereotipadas das pessoas idosas. Cabe aos profissionais que trabalham com estes grupos etários contrariar esses estereótipos, numa atuação em prol de uma sociedade mais humanista e igualitária, como vários autores têm vindo a defender (Gonçalves & Oliveira, 2013; Oliveira, 2013; Simões, 2002). Este objetivo de desocultação não pode ser desligado da

necessidade de uma avaliação correta das necessidades das pessoas idosas, principalmente, no âmbito dos cuidados de saúde primários e na comunidade (Kim, Moored, Giasson, & Smith, 2014; Philp, 2000). Neste sentido, vários investigadores têm vindo a recomendar o uso de avaliações simples, individuais, compreensivas e multidimensionais (Olde-Rikkert, Long, & Philp, 2013; Philip et al., 2014), que facilitem respostas individualizadas e ajudem os sistemas de apoio a organizarem-se pois o conhecimento prévio das necessidades das pessoas idosas, pode ajudar a preparar as respostas organizacionais. Contudo, a heterogeneidade da população mais velha dificulta a identificação das suas múltiplas necessidades pelos vários profissionais (Richardson, 2001), exigindo o desenvolvimento de sistemas de avaliação que facilitem o trabalho e decisão em equipa multidisciplinar (Dweyer, 2005).

O EASYCare Standard (2010) (Elderly Assessment System / Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas) é um instrumento de avaliação multidimensional, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizado, atualmente, em mais de 40 países. O EASYCare avalia a perceção das pessoas idosas em relação às suas necessidades, a nível social e de saúde e prioridades mais prementes (Philp, 2000). Ao fornecer um perfil de necessidades e de prioridades relativas aos cuidados, o EASYCare contribui para o desenvolvimento de processos de envelhecimento mais saudáveis. As respostas às questões do EASYCare Standard (2010) podem ser utilizadas para calcular: uma pontuação global de independência, relativa à necessidade de apoio nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD); o risco de falha na prestação de cuidados, que potencia a admissão hospitalar de emergência; e, ainda, o risco de quedas. Permite obter dados em sete domínios: 1) visão, audição e comunicação; 2) cuidar de si; 3) mobilidade; 4) segurança; 5) local de residência e finanças; 6) manter-se saudável; 7) saúde mental e bem-estar.

O desenvolvimento do EASYCare começou há mais de 20 anos. Desde as suas aplicações iniciais, até aos dias de hoje, muitas têm sido as investigações realizadas com o objetivo de o avaliar nas suas múltiplas dimensões. Os estudos têm demonstrado que o EASYCare tem elevada aceitabilidade, fiabilidade, validade e boa relação custo-eficácia em vários países (Olde-Rikkert et al., 2013; Philip et al., 2014). Em Portugal, o EASYCare mostrou ter boas propriedades psicométricas (Brandão & Sousa, 2013; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2002). Torna-se agora indispensável, avaliar a aceitabilidade do EASYCare (2010) a partir das perspetivas dos profissionais que em Portugal o aplicam. Apesar de já se terem realizado alguns trabalhos sobre a

aceitabilidade deste instrumento (Olde-Rikkert et al., 2013), a evidência científica para esse conceito ainda é escassa. Um estudo recente, a investigação desenvolvida por Philip e colaboradores (2014) apresenta dados para seis países, procurando conhecer a aceitabilidade do EASYCare, por parte das pessoas idosas e dos profissionais que aplicam. No entanto, esse estudo apresenta algumas fragilidades. Entre estas, o baixo número de participantes. Para um dos países (Reino Unido) não são apresentados dados referentes aos profissionais e noutro caso (Índia), a amostra, no que diz respeito aos profissionais, é constituída apenas por duas pessoas (Philip et al., 2014). Em relação aos aspetos que são avaliados no estudo anterior, existem algumas lacunas nomeadamente a ausência de informações sobre a perspetiva dos profissionais em relação: *i*) à exequibilidade da aplicação do instrumento; *ii*) o nível de compreensão dos seus conteúdos. Essas lacunas, tornam o estudo apresentado nesta dissertação fundamental não somente pelas razões já indicadas, mas porque permitirá detetar eventuais pontos fracos e/ou dificuldades na aplicação do EASYCare Standard (2010) por parte dos profissionais de modo a permitir tomadas de decisão com maior fundamento. Até à data, não se conhece evidência científica sobre a aceitabilidade do EASYCare Standard (2010) em Portugal.

A partir dos pressupostos anteriormente apresentados, desenvolveu-se o presente trabalho de investigação cujo objetivo foi avaliar a aceitabilidade do instrumento EASYCare Standard (2010), pelos profissionais e investigadores que o aplicam no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal Continental, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, na sua aplicação a pessoas com 65 anos ou mais.

Para tal, a opção metodológica recaiu num estudo exploratório e descritivo, com recurso à técnica *Delphi*. Esta opção metodológica deveu-se precisamente ao facto, da técnica *Delphi*, ser particularmente indicada, quando se pretende gerar ideias e alcançar soluções consensuais, a partir das perspetivas de um grupo de peritos (Oliveira, 2010).

O presente trabalho encontra-se desenvolvido em três partes: *i*) a primeira, pretende abordar os aspetos de enquadramento teórico e conceptual do tema; *ii*) na segunda parte apresenta-se e justifica-se o desenho do estudo e as opções metodológicas, incluindo as que se referem à recolha e análise de dados; *iii*) na terceira parte apresenta-se e discutem-se os resultados.

Espera-se que os resultados obtidos reflitam, não só, a aceitabilidade do EASYCare Standard (2010), mas possam, igualmente, ser utilizados para avaliar eventuais problemas decorrentes da sua aplicação, bem como necessidades e sugestões

de melhoria que auxiliem a gestão dos serviços de modo a assegurar a eficácia na aplicação deste instrumento. Pretende-se, ainda, contribuir para a prevenção da dependência, identificação precoce do risco de incapacidade e minimização da comorbilidade, para que o processo de envelhecimento decorra com boa qualidade de vida.

PARTE I - FASE CONCEPTUAL

1-Envelhecimento(s)

O processo de envelhecimento é um processo natural e universal, na medida em que afeta todos os seres vivos. É um processo que ocorre ao longo do ciclo de vida e que implica, necessariamente, mudança (Fernandez-Ballesteros, 2013), tendo o seu *terminus* na velhice, a última etapa da vida. Pode-se dizer que é um fenómeno multifacetado e complexo. De acordo com o modelo do desenvolvimento coextensivo à duração da vida, é simultaneamente multidimensional e multidirecional, uma vez que, ocorre entre perdas e ganhos, crescimento e declínio, proposta, hoje, bastante consensual (Fernandez-Ballesteros, 2013; Gonçalves & Oliveira, 2011; Lima, 2010; Novoa, Bouza, Sarmiento, & Núñez, 2001). Usualmente considera-se ainda, que é irreversível e gradual, caracterizado usualmente como bio-psico-social (Fernandez-Ballesteros, 2013). Está relacionado com a passagem do tempo que pode ser medida de forma rigorosa e objetiva (Fernandez-Ballesteros, 2013), mas não resulta apenas “de um somar linear de anos” (Lima, 2010, p. 13).

Distingue-se usualmente entre envelhecimento primário, também designado de envelhecimento normal e o envelhecimento secundário ou patológico (Simões, 2006a). O envelhecimento normal (ou senescência) refere-se às diversas alterações que são universais, progressivas e irreversíveis. São mudanças que resultam da simples passagem do tempo, e nesse sentido são inevitáveis. No entanto, existem outras mudanças que não são universais, nem inevitáveis (Simões, 2006b). No que respeita ao envelhecimento patológico (ou senilidade), este é caracterizado por alterações de maior dimensão comparativamente às consideradas normais para determinada faixa etária. É um processo afetado, em grande parte, por estilos de vida inadequados e por fatores genéticos. Por consequência é um processo muito menos previsível do que o envelhecimento normal. O envelhecimento secundário está assim, associado ao aparecimento de doenças e, pela sua definição fica patente que pode ser prevenido.

Esta distinção entre envelhecimento normal e envelhecimento patológico permite, desde logo, concluir da variabilidade dos processos de envelhecimento e explica, pelo menos em parte, o porquê de duas pessoas com a mesma idade cronológica apresentarem, por exemplo, níveis de funcionalidade diferentes. Como se pode observar, para além da idade, outras variáveis interferem com o processo de envelhecimento, como sejam: *i*) os estilos de vida; *ii*) o género; *iii*) o grau de instrução; *iv*) o nível de rendimento; *v*) a zona de residência; *vi*) o acesso a serviços de saúde; *vii*) os fatores genéticos (Lima, 2004; Tyrovolas et al., 2014). Todos esses fatores conferem

ao envelhecimento, um carácter único e pessoal (Fernandez-Ballesteros, 2013). O envelhecimento é, assim revestido de uma variabilidade interindividual, uma espécie de impressão digital do envelhecimento, porque afinal, se as pessoas são diferentes e se vivem de maneira diferente, faz todo o sentido que também envelheçam de maneira distinta. A variabilidade interindividual no processo de envelhecimento é um conceito chave, que deve estar bem presente nos profissionais que trabalham com as pessoas de idade mais avançada, de modo a que tenham em conta a heterogeneidade das pessoas idosas.

Por outro lado, e sendo o envelhecimento um processo complexo e que integra diversas dimensões (física, psicológica, social e espiritual), regista-se, igualmente, o que se pode chamar de variabilidade intra-individual. Assim, é possível ser-se “velho fisicamente, psicologicamente de meia-idade ou jovem socialmente” (Simões, 2006a, p. 110), numa dessincronia entre as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual (Novoa et al., 2001). Assim, por exemplo, uma incapacidade no domínio motor, não é necessariamente acompanhada de incapacidade ao nível cognitivo. Um processo complexo como o envelhecimento pode ser olhado sob múltiplas perspetivas. Assim, apresenta-se, seguidamente, a perspetiva demográfica, social, biológica e psicológica do envelhecimento, com o intuito de se obter um entendimento mais completo deste fenómeno multidimensional.

1.1- O envelhecimento sob um olhar demográfico

O envelhecimento demográfico resulta da conjugação do aumento da esperança média de vida e da queda dos índices de fecundidade, aspetos particularmente expressivos em países desenvolvidos. A presença destes dois aspetos tem vindo a alterar o equilíbrio geracional (PORDATA, 2014; United Nations, 2013), o que se assume, cada vez mais como um fenómeno à escala mundial. Em alguns países, como é o caso de Portugal, a estes dois aspetos junta-se ainda a expressiva emigração das décadas de 1960 e 1970 (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013) e que, nos anos mais recentes tem voltado a ganhar vigor (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

No relatório World Population Ageing 2013, a ONU destaca o facto de o envelhecimento estar a afirmar-se como um fenómeno global. O número de pessoas com 60 anos ou mais, em 2013 de 841 milhões, o que equivale a quatro vezes mais do

que os 202 milhões registados em 1950. Numa análise projetiva¹, espera-se que a população mais velha triplique até 2050 (United Nations, 2013), num movimento que aproximará de forma clara as pirâmides etárias dos países, independentemente da região do mundo. Outro aspeto que este relatório salienta é o envelhecimento das pessoas com 80 anos ou mais que representa um aumento desde 1950 (7%) até 2013 (14 %). E, de acordo com as estimativas, a proporção deste grupo etário dever chegar a 19% em 2050 e 28% em 2100. Segundo esta estimativa, haverá 830 milhões de pessoas com 80 anos ou mais até o final do século XXI, o qual representa sete vezes mais pessoas em relação a 2013 (United Nations, 2013).

No caso específico da Europa, segundo dados do Eurostat, a estrutura etária da União Europeia em 2012, reflete a queda das taxas de fecundidade ao longo de várias décadas (com a diminuição dos grupos etários com menos de 40-44 anos) e o impacto das gerações do *baby-boomer* sobre a estrutura da população (Eurostat, 2014). A geração *baby-boomer* compreende os grupos populacionais que nasceram entre meados da década 40 e a década de 60, do século XX, num aumento exponencial de nascimentos, no período pós-guerra. A primeira das coortes do *baby-boom* está atualmente a entrar na idade da reforma, com consequências no topo da pirâmide etária. No entanto, o Eurostat prevê que o grande impacto da geração *baby-boom*, na estrutura etária europeia, se dê entre os anos 2015 e 2035, o que se espera venha a ter um forte efeito no sistema económico devido aos custos com os pagamentos das reformas (Eurostat, 2012). Para além do impacto nos sistemas de reforma, não se pode deixar de antecipar o impacto deste fenómeno nos sistemas da saúde. À expressividade numérica desta geração, acresce o facto de esta ter sentido, de modo acutilante, o efeito dos processos de industrialização e de mecanização da agricultura (Schmidhuber & Shetty, 2005) e consequentemente, de mudanças profundas nos modos de vida, nomeadamente em termos dos hábitos alimentares (a generalização das cadeias de *fast-food* é disso exemplo) e dos hábitos tabágicos. Ora estes aspetos estão relacionados fortemente com a saúde e qualidade de vida ao longo do ciclo de vida (Tyrovolas et al., 2014) e portanto, pode-se perspectivar, que a pressão sob os sistemas de saúde tenderá a aumentar à medida que a geração *baby-boom* envelhece.

¹ Segundo o mesmo relatório, estas projeções referentes aos grupos etários de idade mais avançada, assumem um elevado grau de probabilidade, na medida em que dependem unicamente da mortalidade, o que implica uma margem muito menor de incerteza do que a projeção de fertilidade (United Nations, 2013).

Retomando a questão demográfica, passa-se a analisar, agora, mais atentamente a situação portuguesa. Segundo dados do Eurostat, recolhidos em mais de 500 cidades europeias, no ano de 2008, a região do Alentejo figura no *top* das 20 regiões, com maior percentagem de pessoas idosas. No caso do grupo etário dos 65-79 anos, o Alentejo figura em décimo lugar e no grupo das pessoas com 80 anos ou mais, ocupa o décimo nono lugar (Eurostat, 2012). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), entre os anos de 2008 e 2013 a proporção de jovens (menos de 15 anos de idade), face ao total de população residente, passou de 15,4% para 14,6%. No mesmo período, o peso das pessoas em idade ativa (15 a 64 anos de idade) também diminuiu, passando de 66,6% para 65,6%. Contrariamente, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais de idade aumentou, situando-se em 19,9%, sendo este aumento notório em todas as regiões de Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

A análise do índice de dependência total revela que, em Portugal, por cada 100 pessoas em idade ativa, existiam, em 2008, 50 dependentes (jovens e idosos). Em 2013, o número de dependentes, por cada 100 pessoas em idade ativa, passa para 53 (jovens e idosos). Os dados do INE indicam que se trata de uma tendência transversal a todas as regiões NUTS II do Continente e resultam essencialmente do aumento do índice de dependência de idosos, uma vez que o índice de dependência de jovens diminuiu em todas as regiões NUTS II, com exceção da região de Lisboa (Instituto Nacional de Estatística, 2014). Outro indicador que interessa analisar é o da esperança média de vida à nascença². No período 2011- 2013 a esperança de vida à nascença foi estimada em 76,91 para os homens e em 82,79 para as mulheres, o que representa um ganho de 0,72 e 0,70 anos, respetivamente, comparativamente com os valores estimados para 2006-2008 (Instituto Nacional de Estatística, 2014). No entanto, recuando até ao início do século passado (1920), era de 35,8 anos para os homens e de 40 anos para as mulheres (Lima, 2004). Em pouco menos de um século, a esperança média de vida em Portugal duplicou.

Numa perspetiva projetiva, o INE prevê decréscimo populacional e um forte envelhecimento demográfico da população residente em Portugal, entre 2013 e 2060 (Instituto Nacional de Estatística, 2014). No cenário central, que conjuga as hipóteses consideradas mais prováveis, a idade média da população poderá aumentar dos 43 para

² O indicador esperança de vida expressa o número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver, se ao longo da sua vida estiver exposta aos riscos de mortalidade por idades desse período (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

os 51 anos. Estima-se que o índice de envelhecimento da população passe de 136 para 307 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

Em suma, para além de ser uma vivência individual, o envelhecimento é um fenómeno populacional com dimensão à escala mundial e que, segundo as estimativas demográficas, se irá acentuar. Se a probabilidade de viver mais anos é maior, as sociedades necessitam de se empenhar e trabalhar sobre esse potencial para que o aumento de anos de vida seja pautado pela saúde e qualidade de vida.

1.2 - O envelhecimento sob um olhar social

O envelhecimento é encarado “de forma diferente, consoante as sociedades, épocas históricas e as perspetivas teóricas ou científicas que subjazem à sua leitura” (Gonçalves & Oliveira, 2011, p. 245). De igual modo, não existe completo consenso acerca do termo *velhice*, sendo no entanto, usual distinguir-se os termos *envelhecimento* e *velhice*. Assim, se o envelhecimento é encarado como um processo que ocorre ao longo do ciclo de vida, a velhice é considerada como a última fase da vida, usando-se o termo idoso (United Nations, 2007) para designar as pessoas que se encontram nesta fase. Desde logo sobressaem duas questões pouco consensuais: a primeira respeitante à multiplicidade de termos utilizados para designar as pessoas que se situam na etapa mais avançada da vida e a segunda, relacionada com o(s) marco(s) ou acontecimentos de vida que assinalam a entrada, nesta etapa de vida. No que respeita à primeira questão, a referência às pessoas idosas é feita, correntemente, com recurso a termos como *velhos*³, *anciãos*⁴, *peças idosas*, *seniores*⁵, *terceira (ou quarta) idade*, entre outros, contendo cada expressão uma significação diferente e uma conotação, mais ou menos positiva. Mais do que discutir o significado e a simbologia de cada termo, interessa chamar a atenção para o peso e o simbolismo que as palavras carregam, numa construção social da imagem das pessoas de idade avançada.

O termo *velho* é, de entre os referidos, o que transporta, porventura, uma carga mais negativa. A carga negativa do termo *velho* e das suas derivações surgem em oposição ao seu antónimo *jovem*. Como dois polos opostos de um contínuo, *juventude* e *velhice* são encarados como duas idades de vida diametralmente opostas. De um lado o *jovem*, significando *bom* e do outro, o *velho*, significando *ruim* (Fernandez-Ballesteros,

³ Do latim *vetulus*.

⁴ Do latim *antianus*.

⁵ Do latim *senior*.

2013). Esta terminologia está de tal modo arreigada que quando uma pessoa de idade mais avançada diz que se *sente jovem*, poderá na verdade, estar a dizer simplesmente que se *sente bem* (Fernandez-Ballesteros, 2013). No mesmo sentido estão expressões como “velhos por fora, jovens por dentro” (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006, p. 24) ou “o que interessa é manter o espírito jovem”, representações depreciativas da última etapa de vida. Tal como o termo *velhice*, *terceira idade*, baseia-se numa perspetiva meramente cronológica e portanto, limitadora. Dos termos referidos, *peessoas idosas*, parece ser o mais consensual, por não ter subjacente uma base cronológica (Osorio, 2007) e é, atualmente, o termo recomendado pela Organização das Nações Unidas (ONU) (United Nations, 2007).

A segunda questão referida dizia respeito ao(s) momento(s) a partir do qual, uma pessoa passa a ser *idosa*. Este aspeto está relacionado com a compartimentação do ciclo de vida, em diferentes fases, geralmente baseadas no critério etário, embora os limites assim definidos não sejam consensuais entre os autores. Assim, a ONU divide as pessoas idosas em três grupos etários: os pré-idosos (55-64 anos), os idosos jovens (65-79 anos) e os idosos avançados (com mais de 70 ou 80 anos). A OMS define a pessoa idosa como a pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Em Portugal, os documentos oficiais, seguem em geral, esta linha e portanto, são consideradas pessoas idosas, as que têm 65 anos ou mais.

No entanto, a idade constitui apenas um dos critérios a ter em conta quando se problematiza as questões do envelhecimento. Assim, ela é sobretudo uma convenção social, que varia na História e na Geografia e que impõem uma divisão arbitrária, numa norma que o demógrafo Manuel Nazareth designa de “produção de velhos” (2009, p. 174). Contudo, sendo uma construção social, tem um peso determinante, na vida daqueles que ultrapassam os 65 anos. Embora, do ponto de vista biológico e psicológico, seja altamente improvável que ocorram mudanças de monta, no 65º aniversário, do ponto de vista social as alterações podem ser profundas. Antes de mais, pela entrada na idade da reforma, isto é, pela saída do grupo dos *ativos* para o grupo dos *inativos*. E embora, a passagem à reforma, num discurso corrente, até seja muitas vezes referida como desejável, não deixa de significar uma importante mudança de vida nem sempre positiva, quer pela diminuição de rendimentos, quer pela quebra de laços profissionais e sociais que possa ocorrer.

A definição de uma idade, a partir da qual o trabalhador deixa o mercado de trabalho, não ficando no entanto desemparado, teve uma enorme importância na constituição das pessoas idosas como grupo com uma identidade própria (Veloso, 2007). Pela centralidade do trabalho na vida atual, a transição para a reforma, determina não só a perda de determinados papéis sociais ligados à profissão e ao trabalho, como se estabelece como verdadeira porta de acesso à velhice (Lima, 2010). Em sociedades em que imperam regras económicas em detrimento de preocupações de cariz mais social, “quem não produz não é considerado socialmente útil” (Lima, 2010, p. 68), abre caminho ao desenvolvimento de imagens negativas das pessoas idosas.

O termo *idadismo*⁶ (*ageism* no original, inglês) designa precisamente as reações negativas e os preconceitos face às pessoas idosas, ou seja, engloba as práticas discriminatórias contra um grupo etário (Marques, 2011). O *idadismo* baseia-se no pressuposto de que as pessoas idosas são um grupo homogéneo. E esta perceção é de tal modo forte que se sobrepõe ao género e à escolaridade. Ou seja, a idade surge como o fator mais relevante de discriminação em termos sociais, “como se na nossa cultura o avanço da idade ‘apagasse’, de alguma maneira, o próprio género (‘não há homens idosos ou mulheres idosas, apenas idosos!’) e os eventuais benefícios da escolaridade (não há pessoas idosas com mais ou menos escolaridade, há apenas idosos!)” (Ferreira-Alves & Novo, 2006, p. 74). Trata-se de uma visão redutora que prejudica as pessoas idosas. A disseminação de uma imagem negativa das pessoas idosas, descritas como *dependentes*, *doentes* e *ociosas*, tem assim um forte impacto no bem-estar destas pessoas, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados que lhes são prestados (Fernandez-Ballesteros, 2013).

No contexto de prestação de cuidados de saúde parecem ser particularmente comuns estas atitudes discriminatórias (Fernandez-Ballesteros, 2013; Marques, 2011; Stevens, Biggs, Dixon, Tinker, & Manthorpe, 2013), nomeadamente no contexto da interação com o pessoal médico ou de enfermagem (Ferreira-Alves & Novo, 2006). Estes aspetos são tanto mais relevantes quando se sabe que a transmissão destas imagens, entre os cuidadores, tem um efeito negativo nas pessoas idosas, funcionando como uma profecia que se autorrealiza e desse modo, tem um poderoso impacto, na

⁶ A relevância desta discriminação baseada na idade está bem patente na designação *new ageism*, um termo recente, que tem sido usado para designar uma discriminação das pessoas idosas, em resultado do *ageism* e das políticas neoliberais, o que tem trazido fortes implicações económicas para estas pessoas (Walker, 2012).

qualidade de vida dos mais velhos, ainda que atue de forma geralmente implícita (Fernandez-Ballesteros, 2013).

Um estudo recente, realizado com uma grande amostra nos Estados Unidos, embora não foque diretamente as questões do *idadismo*, mostra como as pessoas idosas procuram menos os cuidados de saúde preventivos, comparativamente a grupos etários mais jovens (Kim et al., 2014). Como exemplo de cuidados de saúde preventivos, os autores referem exames de rastreio de cancro, incluindo mamografias. Os autores notam que menos de 50% dos adultos com mais de 65 anos cumprem os prazos recomendados, no que diz respeito à realização dos exames. Os autores salientam como causa, entre outros aspetos, as crenças fatalistas das pessoas idosas. Como se, por causa da sua idade, a doença fosse um destino inevitável, ao qual não se pode fugir e por isso a prevenção é percebida como irrelevante. Os autores concluem que a satisfação com o envelhecimento, e portanto a forma como se vive o envelhecimento, tem uma elevada associação com a procura deste tipo de medicina, o que parece revelar o papel que a autoimagem tem na procura de cuidados médicos.

O desafio é que cada um, na forma como cuida de si e dos outros, não ignore esta dimensão social do envelhecimento. Assim, “se o passar dos anos nos torna, do ponto de vista biológico, mais velhos, o desafio pleno é tornarmo-nos melhor pessoas, mais humanos e conscientes, de nós e dos outros” (Gonçalves & Oliveira, 2011, p.245). Esse é, igualmente o desafio central para as práticas profissionais daqueles que se dedicam ao cuidado a pessoas idosas.

1.3 - O envelhecimento sob um olhar biológico

Para lá da variabilidade intra e inter individual referida anteriormente, não deixa de ser pertinente indagar acerca das mudanças que, de modo geral, ocorrem com o envelhecimento. No que se refere aos aspetos biológicos, o envelhecimento está relacionado com o aumento da vulnerabilidade do organismo e com a gradual probabilidade de morte (Fernandez-Ballesteros, 2013). De um modo geral, pode-se dizer que as mudanças que ocorrem a nível biológico passam pela diminuição da massa magra, pelo aumento da proporção de gordura e diminuição de água. Consequentemente, aumenta o risco de diabetes, perturbações cardiovasculares, osteoporose, assim como, cancro do cólon e da mama (Sousa et al., 2006). Apesar de, envelhecimento e doença não serem sinónimos e não andarem necessariamente a par,

são fenómenos interligados e nem sempre fáceis de separar. Sabe-se que a prevalência das doenças crónicas aumenta com a idade (Barton, 2014), o que se poderá explicar na medida em que a senescência celular está associada a um estado geralmente pró-inflamatório (relacionado com alterações na imunidade inata e adaptativa) constituindo-se o denominador comum entre o envelhecimento e doenças crónicas e sua progressão (Barton, 2014). No entanto, tais aspetos não devem levar à confusão entre envelhecimento e doença. Apesar de haver pessoas idosas doentes, nem todas as pessoas idosas são ou estão doentes.

De entre as doenças crónicas, interessa olhar mais atentamente, as doenças cardiovasculares, por serem consideradas a principal causa de morte, no grupo etário dos 65 anos ou mais, em todo o mundo (Barton, 2014; Corella & Ordovás, 2014). Já no século XVII, o médico Thomas Sydenham (1624-1689), conhecido como o *Hipócrates inglês*, reconhecia que a saúde vascular e o envelhecimento são interdependentes e inversamente relacionadas (Barton, 2014). As doenças de foro cardiovascular, para além do forte impacto em termos de redução da qualidade de vida, são uma causa relevante do aumento dos gastos com saúde, um importante desafio para as sociedades atuais.

O aumento da idade é um importante fator de risco nas doenças cardiovasculares se conjugado com predisposições genéticas e os fatores ambientais de risco (alimentação, sedentarismo, tabagismo, entre outros) (Corella & Ordovás, 2014; Xin, Shong, & Hui, 2014). Diversos autores têm notado que alguns indivíduos chegam a uma idade avançada sem sofrerem dos sintomas relacionados com as doenças cardiovasculares, enquanto que outros, padecem deles numa etapa precoce do ciclo de vida (Coppedé, 2012; Corella & Ordovás, 2014), o que reforça a necessidade de se adotar medidas preventivas. Um dos aspetos que parece ter uma forte relação com as doenças cardiovasculares é a obesidade (Xin et al., 2014). Para além de aumentar o risco das doenças cardiovasculares, a obesidade aumenta o risco de várias outras doenças, principalmente demências e diabetes tipo 2 (Xin et al., 2014). Como consequência, a obesidade tem impacto, pelo menos indireto, na redução da esperança média de vida. Diversos estudos mostram que a obesidade é causada por uma combinação de excesso de ingestão de energia alimentar e sedentarismo mas a suscetibilidade genética parece contribuir para essa morbilidade (Xin et al., 2014).

Concluindo este ponto referente ao envelhecimento biológico, salienta-se que as limitações da estrutura biológica humana, que perde eficácia ao longo de ciclo de vida, dado o carácter incompleto destas estruturas e sua plasticidade, não definem por si só, a

forma como se envelhece fisicamente. A plasticidade e as condições sociais e ambientais são “ferramentas poderosas” para alcançar mudanças positivas (Fernandez-Ballesteros, 2013) e tornar cada vez mais, os processos de envelhecimento em percursos de vida verdadeiramente saudáveis.

1.4- O envelhecimento sob um olhar psicológico

No que diz respeito aos aspetos cognitivos, nomeadamente a nível da memória, inteligência e aprendizagem, será que ocorrem mudanças, em consequência do processo de envelhecimento? Tendo em conta as queixas das pessoas idosas, relativas à sua memória e capacidade de aprendizagem, dir-se-ia que sim! Mas, será que a evidência científica nos revela essas perdas que as pessoas relatam? Numa tentativa de responder a essa questão, veja-se o que diz a investigação científica.

O estudo Whitehall II investigou a influência do contexto social nos processos de envelhecimento, em cinco domínios de função cognitiva (memória de curto prazo, raciocínio indutivo, vocabulário, fluência verbal e semântica). As conclusões deste estudo apontam para a importância de aspetos como a estimulação mental e interação social, na preservação da função cognitiva (Brunner, 2005). Tal conclusão não pode ser desligada dos aspetos socioeconómicos, uma vez que as atividades de lazer ativo, e os relacionamentos sociais nas etapas mais avançadas da vida estão dependentes dos contextos de vida de cada um. Pessoas idosas com redes de suporte familiar e sociais mais frágeis e com menores recursos económicos estarão em situação de desvantagem. Torna-se assim, claro que não é seguro assumir relações lineares simples entre o declínio cognitivo e a idade cronológica, uma vez que outros fatores parecem mediar esta relação (Bolzenius et al., 2015; Whalley, Deary, Appleton, & Starr, 2004), o que vai ao encontro ao referido anteriormente. Nesse sentido, o conceito de idade cronológica parece pouco eficaz, como preditor dos problemas cognitivos. Pelo que tem vindo a ser substituído pelo conceito de *idade biológica*⁷ que parece refletir de forma mais eficaz, a vitalidade dos sistemas biológicos essenciais (DeCarlo, Tuokko, Williams, Dixon, & MacDonald, 2014; Fernandez-Ballesteros, 2013). A correta e adequada definição dos marcadores da idade biológica pode ser determinante, para a identificação precoce de populações em risco, tornando-se desse modo essencial para a implementação de estratégias de prevenção precoce, que poderia retardar a progressão das demências e diminuir o impacto do comprometimento ou do declínio cognitivo

⁷ No original, *BioAge*.

(DeCarlo et al., 2014). Este aspeto é de tal ordem relevante, quando se sabe que as demências estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns na velhice (Lima, 2004). E entre as demências, não se poderia deixar de referir a doença de Alzheimer, quando se estimam 115 milhões de novos casos, para os próximos 40 anos (Smith et al., 2012).

Numa linha de investigação recente, Martin Lövdén e a sua equipa tem trabalhado no sentido de clarificar o envelhecimento cognitivo. Esta equipa investiga a relação entre as alterações na integridade da substância branca do cérebro e as funções cognitivas. Para tal, trabalharam com uma amostra constituída por 563 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 81 e os 103 anos. Cada sujeito foi avaliado duas vezes, com um intervalo de recolha de dados, de cerca de 2 anos (Lövdén et al., 2014). Embora os autores tenham encontrado uma correlação entre a integridade da substância branca do cérebro e as atividades sensório-motoras, em idades muito avançadas, não esclareceram a associação com funções cognitivas superiores. Permanece assim, nesta como noutros áreas relacionadas ao envelhecimento, um campo vasto por explorar.

A aprendizagem está altamente relacionada com as funções cognitivas, nomeadamente com a memória, no entanto, observa-se que nem todas as capacidades mnésicas se comportam da mesma maneira, ao longo da vida. A memória episódica ou de trabalho parece mais sensível à idade, enquanto a memória procedimental ou semântica é menos afetada por este efeito (Lima, 2010). Sendo a memória uma aptidão essencial para a aprendizagem, estará vedado aos mais velhos a possibilidade de aprender? O ditado popular ‘burro velho não aprende línguas’ terá sustentação científica?

Apesar das vantagens da aprendizagem nas etapas mais avançadas da vida estarem bem documentadas (Ardelt, 2000; Boulton-Lewis, 2010; Tam, 2011), a adultez avançada não é geralmente, encarada como uma etapa propícia à aprendizagem. De facto, no universo das representações sociais, a idade transporta um sentido (ainda que arbitrário) de diferenciação, e consequentemente, tem sido construída a ideia de que o valor dos grupos etários é diferente (Gonçalves & Oliveira, 2013). A aprendizagem surge deste modo muito associada a etapas mais precoces da vida, sendo encarada como preparação para a vida. Esta preparação não parece ser necessária para os mais velhos, uma vez que não se espera destes, o desempenho de papéis sociais de relevo! Assim, até à década de 1960, prevalecia, efetivamente, a ideia de que a capacidade de aprendizagem declina, nas etapas mais avançadas da vida. No entanto, hoje esta

perspetiva tem vindo a ser questionada, considerando-se antes, que por exemplo, uma pessoa de 90 anos de idade pode aprender (Fernandez-Ballesteros, 2013).

Wolf ilustra esta ideia com o exemplo de uma mulher de 75 anos que, face a um diagnóstico de diabetes, teve de fazer mudanças na sua dieta e no seu estilo de vida. Este desafio, um efeito colateral do envelhecimento, presenteou-a com a necessidade de usar todos os quatro processos de aprendizagem (diferenciação, dissonância, desconstrução e reconstrução) (Boulton-Lewis, 2010). Todos estes processos dependem do funcionamento do sistema de processamento de informação, em particular, no que diz respeito à atenção seletiva (Guerreiro, Eck, Moerel, Evers, & Gerven, 2014), perceção e à memória de curto e longo prazo (Boulton-Lewis, 2010).

Sabe-se agora que as pessoas de idade aprendem, mesmo fora dos domínios em que são peritos ou detêm conhecimentos anteriores. No entanto, a questão de saber se a capacidade de aprender, declina ao longo do processo de envelhecimento permanece por esclarecer. Têm surgido novos dados, o que têm dado origem a novos entendimentos sobre esta questão. Esta mudança de perspetiva ocorreu na medida em que anteriormente, um fraco desempenho em tarefas de aprendizagem era explicado apenas por perdas nas funções cognitivas. Contudo, atualmente problematizam-se aspetos como a falta de motivação ou a falta de confiança do sujeito da aprendizagem (Lima, 2010). A perceção da capacidade de aprender é reconhecida como um fator central nos processos de aprendizagem e desse modo, a estereotipia social relativa às possibilidades e processos de aprendizagem, nos grupos de idade mais avançada tem uma importância central na motivação para a aprendizagem e pode condicionar o processo de aprender (Boulton-Lewis, 2010; Lima, Simões, & Tavares, 1997). Se não é esperado que os mais velhos aprendam e se em situação de ensino-aprendizagem se considera que os alunos seniores estão em desvantagem, outro resultado não seria de esperar que não fracos resultados de aprendizagem (Lima et al., 1997). Acresce outra questão muito relevante para explicação dos desempenhos das pessoas idosas em tarefas de aprendizagem. Muitas destas pessoas podem estar em desvantagem, simplesmente porque no passado tiveram experiências insatisfatórias ou traumáticas, em contexto de aprendizagem escolar. Este aspeto exige uma abordagem especial para as necessidades das pessoas idosas (Zarifis, 2013). Por outro lado, as pessoas de idade mais avançada vão empenhar-se em tarefas de aprendizagem não só motivadoras, mas que considerem úteis, o que pode não ser um atributo associado aos testes nas investigações científicas. No mesmo sentido, o efeito de um ambiente de distração no desempenho da atenção e memória de

trabalho, tarefas essenciais em aprendizagem, em pessoas idosas, parece ter um papel relevante nos resultados de aprendizagem (Rodrigues & Pandeirada, 2014). As evidências científicas indicam que as pessoas idosas apresentam melhor desempenho nas tarefas de atenção quando estas são executadas em ambiente não distrativos (Rodrigues & Pandeirada, 2014). Especificamente, os participantes dão respostas mais precisas e respondem mais rapidamente em ambientes não perturbadores. Quanto às tarefas de memória, o efeito do tipo de ambiente também parece ser significativo (Rodrigues & Pandeirada, 2014). Estes resultados são relevantes, na medida em que mostram que um ambiente distrativo afeta significativamente a capacidade dos idosos para detetar e responder adequadamente aos estímulos visuais (Rodrigues & Pandeirada, 2014). Transpondo-se estas conclusões para as atividades diárias que requerem atenção e que são baseadas em estímulos visuais, percebe-se como ambientes distrativos, nomeadamente em contexto de aprendizagem, podem ser prejudiciais, aumentando os tempos de resposta e diminuindo a resposta correta (Rodrigues & Pandeirada, 2014).

Relativamente às questões da aprendizagem, nas etapas mais avançadas da vida pode-se, de acordo com o anteriormente referido, concluir que as barreiras associadas às atitudes e à autoimagem enquanto educandos (como num espelho que reflete a forma como os outros nos veem) têm implicações nos desempenhos de aprendizagem (Lima, 2010). No entanto, o que parece mais pertinente salientar, face ao que se tem destacado neste trabalho, é relevância dos profissionais, na sua atuação, serem vigilantes em relação aos estereótipos negativos que tendem a desvalorizar as etapas mais avançadas da vida.

Por último, no que diz respeito a uma perspetiva psicológica do envelhecimento, salienta-se, um aspeto específico da saúde mental associado de modo comum às pessoas idosas: a depressão. Se a depressão aumenta ou não com a idade, parece ser uma questão, que por ora, ainda não tem uma resposta consensual (Lima, 2004). O que é sem dúvida consensual é sim, a importância da realização de um diagnóstico adequado e atempado da depressão (Hegeman, de Waal, Comijs, Kok, & van der Mast, 2014), de modo a que o problema seja, efetivamente tratado. Os estudos têm indicado que nas idades mais avançadas, nomeadamente em pessoas idosas, com mais de 70 anos, pode ser mais difícil a deteção precoce da depressão (Hegeman et al., 2014). A justificação para o não reconhecimento adequado da depressão em fim de vida parece prender-se com as dificuldades em distinguir os sintomas, com características, comumente associadas às pessoas mais velhas, como a perda de humor (Hegeman et al., 2014).

1.5 - Desafiando o envelhecimento: um olhar multidisciplinar

Numa perspectiva mais recente, Anita Wejbrandt discute a definição de envelhecimento, num campo científico que a investigadora define, como estando no ponto de interseção da Biologia e da Sociologia (Wejbrandt, 2014). A investigadora entende que os avanços biomédicos e tecnológicos exigem uma nova linguagem do envelhecimento, fazendo sentido um repensar das suas definições (e visões) mais tradicionais. Para tal, os contributos de disciplinas como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, são considerados determinantes. Não se pode, contudo desvalorizar as áreas de cariz mais tecnológico, nomeadamente as ligadas ao setor da saúde. Em conjunto, estas áreas podem constituir um modelo de gerontologia integrativa (Wejbrandt, 2014). Da conjugação de conhecimentos destas áreas científicas, a autora apresenta uma nova definição de envelhecimento humano: envelhecimento bio-tecno-social. Ora, segundo Wejbrandt este novo entendimento acerca do envelhecimento só pode ser explicado à luz dos mais recentes desenvolvimentos tecnológicos, que nos podem fazer questionar, se o processo de envelhecimento é ou não reversível. Ao colocar a questão, Wejbrandt parte de uma conceção dinâmica do envelhecimento, em contraponto a um modelo linear, que associa de forma direta idade e envelhecimento e que tem sido em causa, como já referido.

Villeda e colaboradores têm vindo a investigar a possibilidade de reversibilidade do envelhecimento (Villeda et al., 2014). Esta equipa de investigadores tem-se centrado, no combate aos efeitos de envelhecimento, sobretudo no que diz respeito aos aspetos cognitivos, uma vez que à medida que a longevidade aumenta, têm vindo a aumentar igualmente, os casos de demências. Numa investigação publicada na revista *Nature Medicine* em 2014, esta equipa de investigadores, mostra como a exposição de um rato idoso a sangue novo, pode contrariar e reverter os efeitos do envelhecimento ao nível molecular, estrutural, funcional e cognitivo (Villeda et al., 2014). Como Wejbrandt alerta, este tipo de investigações encontra-se numa fase inicial e carece de maior suporte empírico, o que levará longos anos. Por outro lado, nem sempre se pode extrapolar os resultados de estudos com animais para os seres humanos (Novoa et al., 2001). No entanto, estes resultados desafiam as atuais definições de envelhecimento e abrem caminho a novas perspectivas no campo da investigação gerontológica. Não se pode deixar de salientar, que também no campo das demências, a evidência científica tem

trazido sinais esperançosos. Uma técnica de estimulação cerebral profunda⁸ mostrou ter impacto positivo na memória, já que após um ano de aplicação, a atividade cerebral das zonas ligadas à memória aumentou (Smith et al., 2012). O estudo com esta técnica está numa fase inicial e foi realizado inicialmente em apenas cinco doentes com diagnóstico provável de doença de Alzheimer. Apesar de não se saber se o efeito da técnica permanecerá no tempo e da necessidade de maior evidência científica, não deixa de constituir um novo caminho de investigação que traz uma nova luz, no combate às demências. Apesar da novidade desta ideia de reversibilidade, não se pode, contudo deixar de a associar, ao conceito de plasticidade. Retomando as palavras de Fernández-Ballesteros (2013) que define plasticidade, como a propriedade biológica essencial, do ser humano, que postula a capacidade dos nossos sistemas biológicos se regenerarem.

No mesmo espírito problematizador, Wejbrandt prossegue os questionamentos acerca das atuais definições de envelhecimento ao reparar que atualmente, os seres humanos se encontram cada vez mais dependentes de artefactos tecnológicos que envolvem todas as áreas de vida e podem mesmo ser incluídas no interior do corpo humano (Wejbrandt, 2014). Este aspeto resulta dos importantes avanços biotecnológicos, que têm permitido melhorar os cuidados de saúde prestados a um nível cada vez mais elevado e que passa, nomeadamente, pela reparação ou substituição de partes ou órgãos do corpo humano, por componentes tecnológicos. Este processo de recurso a órgãos artificiais ou outros componentes, tem sido tão apurado, que o termo *cyborg* (Haraway, 2006), que parece saído da ficção científica, tem sido utilizado para designar esta condição que Wejbrandt designa como híbrida, entre o humano e a tecnologia (Wejbrandt, 2014).

Porventura será demasiado precoce defender que o envelhecimento humano é evitável ou reversível. Ainda assim, é relevante destacar a necessidade de permanentemente se procurarem novas abordagens, valorizando o trabalho multidisciplinar e não deixando de vigiar os dilemas éticos que as questões relativas ao envelhecimento humano levantam.

⁸ No original *deep brain stimulation*.

2- Serviço Nacional de Saúde

O SNS foi instituído pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, estando inicialmente, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais. O SNS teve, na sua origem, como objetivo a prestação de cuidados de Saúde a toda a população, independentemente da sua condição socioeconómica, sendo o seu financiamento, da responsabilidade do Estado. Ao longo destas 3 décadas do SNS, muitas alterações têm sido introduzidas. No entanto, interessa conhecer, em particular, o desenvolvimento ocorrido, nos anos mais recentes.

É em 1993 que é publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro, que define o SNS como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde” (Governo, 1993, art.º1). Com este diploma pretende-se superar a dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados, através da criação de unidades integradas de cuidados de saúde. Nesse espírito, são criados os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), através do Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, e os Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio. Os SLS são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade que integram centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa área geográfica delimitada.

A Rede de Cuidados de Saúde Primários (RCSP) é criada através do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surge em 2006 (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho), visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. No ano seguinte, surgem as primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF) (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto), reforçando os cuidados de saúde primários.

É em 2008 que nascem as primeiras Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (Decreto-Lei n.º 28/2008). As UCC surgem com o objetivo de prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário. Direccionam-se, sobretudo às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que exija um acompanhamento mais próximo. As UCC atuam, ainda, na área da educação para a saúde.

Atualmente integram o SNS os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente: Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Estabelecimentos Hospitalares e Unidades Locais de Saúde (ULS). Apesar de ser ao Ministério da Saúde que cabe a responsabilidade da gestão SNS, trata-se de uma organização descentralizada, sendo mediada pelas cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS): Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Em cada ARS, encontram-se os, já referidos, ACES, que são constituídos por várias unidades funcionais de saúde, nomeadamente as USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), UCC, USP e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), de um ou mais Centros de Saúde (CS). Estas unidades dão resposta aos cuidados de saúde primários.

Para além dos já referidos cuidados de saúde primários, o SNS envolve ainda os cuidados secundários e os terciários. Os cuidados primários proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade e visam a aproximação da assistência de saúde às populações. No caso dos cuidados de saúde secundários ou diferenciados, estes são assegurados pelos hospitais gerais e especializados e ainda por outras instituições especializadas (Simões, 2008). Já os cuidados terciários (cuidados continuados integrados) são de âmbito mais especializado, sendo direccionados para reabilitação.

O SNS, numa perspectiva de abordagem da saúde ao longo do ciclo de vida (Direção Geral da Saúde, 2012), tem vindo a definir estratégias específicas para as pessoas idosas, como é o caso do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI). Este destina-se a ser aplicado pelos profissionais da Rede de Centros de Saúde, da Rede Hospitalar e da Rede de Cuidados Continuados de Saúde (Direção Geral da Saúde, 2004).

2.1 - Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas

O envelhecimento demográfico e as “alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa” (Direção Geral da Saúde, 2004, p. 1) levaram a Direção Geral da Saúde (DGS) a implementar um plano de ação direccionado às pessoas idosas. Este programa tem como objetivos “a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das

peças idos, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida” (Direção Geral da Saúde, 2004, p. 2). Apóia-se grandemente na ideia do envelhecimento ao longo da vida e como tal, defende, por um lado, a importância da prevenção e por outro lado, baseia-se nos princípios da responsabilidade individual e coletiva. Para além de se focar na promoção da saúde e nos cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, o PNSPI não esquece as questões relacionadas com a racionalização dos recursos da sociedade. O PNSPI defende ainda, a “urgência de serem desmontados os estereótipos negativos ligados ao envelhecimento, assim como mudar as mentalidades e atitudes que ainda condicionam uma abordagem mais adequada das problemáticas, direitos e necessidades da população idosa” (Direção Geral da Saúde, 2004, p. 9).

O PNSPI assenta em três pilares fundamentais: *i*) promoção do envelhecimento ativo, ao longo do ciclo de vida; *ii*) adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; *iii*) promoção e desenvolvimento de ambientes promotores da autonomia e independência das pessoas idosas. Para a concretização do PNSPI, em especial, no que respeita ao 2.º e 3.º pilares, que se acabou de apresentar, o conhecimento efetivo e real das necessidades pessoas idosas é essencial. Esta ideia tem sido corroborada nas recomendações constantes na literatura noutros países sobre a necessidade de se utilizarem avaliações geriátricas simples, individuais, compreensivas e multidimensionais para a adequação dos sistemas de saúde e ação social (Fletcher et al., 2004; René et al., 2008; Stewart, Challis, Carpenter, & Dickenson, 1999).

2.2- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes: Projeto Com Mais Cuidado

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes é um programa da DGS que tem como principal objetivo “promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais, melhorar a intervenção de emergência e, garantir respostas de qualidade e serviços integrados para as vítimas de lesões e traumatismo” (Amann, 2012, p. 4). Para além de desenvolver e apoiar iniciativas direcionadas à população em geral, este Programa apoia atividades de prevenção dirigidas a grupos ou segmentos da população identificados como de maior risco, como são as pessoas idosas (Amann, 2012). Com as mesmas preocupações, a Fundação MAFRE desenvolve o Projeto “Com Mais Cuidado - Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas” (a partir daqui designado apenas por “Com Mais Cuidado”). A DGS formalizou uma parceria com Fundação MAPFRE com o fim de, em conjunto, atuarem no sentido da prevenção dos acidentes

com pessoas idosas, através da partilha e divulgação de informação, formação dos profissionais de saúde e distribuição de materiais pedagógicos (Amann, 2012).

3- Avaliação abrangente geriátrica : o caso do EASYCare

A avaliação abrangente geriátrica é um processo diagnóstico de caráter multidisciplinar e multidimensional, que visa identificar as necessidades de cuidados das pessoas idosas (Rubenstein, 2004). Contempla a avaliação de problemas médicos, de âmbito psicossocial, e relativos ao contexto de vida da pessoa idosa, com o objetivo de estabelecer um plano de cuidados adequado, otimizando os cuidados médicos (Rubenstein, 2004). Uma avaliação geriátrica é, deste modo, essencial para um adequado diagnóstico e uma definição acertada do plano de cuidados. A investigação tem mostrado que muitos problemas médicos, psicológicos e sociais não são devidamente detetados, em pessoas idosas, sendo fundamental a aposta num modelo de avaliação geriátrica eficiente e completa (Lowles & Philp, 2001; Melis et al., 2008b; Philp et al., 2001).

O instrumento EASYCare, surge no sentido de dar uma resposta adequada aos pressupostos referidos anteriormente. Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, com o qual se pretende fazer uma avaliação das necessidades das pessoas idosas, de forma eficaz e económica (Melis et al., 2008a; 2008b; Olde-Rikkert et al., 2013).

O desenvolvimento do EASYCare começou há mais de 20 anos, na Europa e nos Estados Unidos. Desde as suas aplicações iniciais, até aos dias de hoje, muitas têm sido as investigações realizadas com o objetivo de avaliar o EASYCare, nas suas múltiplas dimensões. A relação custo-eficácia tem sido um dos aspetos avaliados, revelando-se o EASYCare um instrumento mais económico, comparativamente a avaliações não estruturadas (Melis et al., 2008a; 2008b; Olde-Rikkert et al., 2013). Estudos iniciais mostraram sua elevada consistência interna (Sousa et al., 2002).

3.1 - Origem do EASYCare

Interessa conhecer, ainda que de modo sumário, a origem e o processo de desenvolvimento do EASYCare. Assim, este projeto teve início em 1989, a partir da inspiração e do trabalho do professor Ian Philp que, sob a orientação do professor Robert Kane, um líder no campo da avaliação geriátrica da *School of Public Health, University of Minnesota*, lançou as bases do projeto EASYCare (Philp et al., 2014). Juntos identificaram a necessidade de desenvolver um instrumento de avaliação holística que pudesse ter uma aplicabilidade preventiva das doenças, nas etapas mais

avançadas da vida e que fosse utilizado nos cuidados primários e na comunidade. O objetivo foi assim, o de criar um instrumento adequado para fornecer uma breve avaliação, padronizada, das necessidades de saúde e de cuidados com base nas preocupações e prioridades das pessoas nas etapas mais avançadas da vida (Philip et al., 2014). Para além de proporcionar um perfil holístico das necessidades de saúde e de cuidados, o projeto foi delineado para promover uma resposta personalizada baseada nas prioridades das pessoas idosas em termos de apoio, informações ou conselhos (Philip et al., 2014) e com baixo custo (Olde-Rikkert et al., 2013). A aplicação do EASYCare prevê, ainda, o recurso a reavaliações periódicas que permitam verificar se os parâmetros que indicavam risco foram corrigidos.

Em 1993, a OMS organizou uma Conferência em Belfast no Reino Unido, na qual reuniram 50 delegados, peritos da área da saúde, investigação, gestão e área social, representando 14 países. A *Consensus Conference* teve como objetivo o estabelecimento de um consenso em relação aos critérios estruturantes no desenvolvimento de um instrumento adequado para avaliar a saúde e bem-estar das pessoas idosas (Bath & Philp, 1998; Olde-Rikkert et al., 2013; Philp, 1997). No âmbito deste grupo de trabalho é desenvolvido o projeto EPIC (European Prototype for Integrated Care). O EPIC teve o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento às pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, através do desenvolvimento e avaliação de um sistema integrado de informação para a saúde e assistência social (Philp, 1997; Philip et al., 2014). Foram definidos os critérios basilares de um instrumento de avaliação que combinasse aspetos de saúde e sociais. Assim, ficou definido que este instrumento devia *i*) ser prático de modo a ser usado rotineiramente (a sua aplicação não deveria exceder os 30 minutos); *ii*) ter a fiabilidade e validade assegurada; *iii*) ser adaptável à cultura e contextos de vida diversos; *iv*) ser indicado para uma avaliação inicial, servindo de base para diagnósticos mais complexos, se necessário; *v*) permitir uma avaliação holística, abrangendo aspetos de âmbito físico, mental e social (Philp, 1997).

Com base nestes princípios foi desenvolvida uma versão inicial do instrumento designada por EASY, direcionado a pessoas com 75 anos ou mais. O estudo-piloto realizou-se em quatro países: Irlanda do Norte, Finlândia, Espanha e Itália (McCormick, 1999; Olde-Rikkert et al., 2013; Philp, 1997). Embora estes estudos tenham demonstrado, de modo geral, a aceitabilidade do instrumento, são detetados aspetos que deveriam ser objeto de melhoria (Philp, 1997). Assim, apesar de profissionais e pessoas

idosas terem avaliado o EASY como útil, ele foi percecionado por alguns profissionais, como demasiado longo para ser usado como rotina (Philp, 1997).

O desenvolvimento do EASY teve continuidade em 1994 dando origem à versão EASYCare, através do projeto SCOPE (Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for Elderly), inserido no Programa Biomedicina e Saúde 1994-1998, financiado pela União Europeia (Philp, 1997). Esta versão do EASYCare foi construída a partir de diversos instrumentos de avaliação: Índice de Barthel, Dukes OARS, IALD Scale, SF-36 Health Survey, WHO-11 Counties Survey Instrument, Southampton Community Information Project, Geriatric Depression Scale e Cognitive Impairment Test (Figueiredo & Sousa, 2000). Como cada instrumento incide, geralmente, numa única dimensão (como a depressão, aspetos cognitivos, ou funcionalidade, por exemplo), foram selecionados de cada um deles, os itens mais discriminatórios. Deste modo, esta nova versão EASYCare passou a avaliar os aspetos sensoriais, a qualidade de vida percebida, a funcionalidade, a mobilidade, os cuidados pessoais, a depressão e os aspetos cognitivos.

O grupo de desenvolvimento do EASYCare foi levando a cabo trabalhos clínicos, de divulgação, investigação e aperfeiçoamento e validação do mesmo, num processo de desenvolvimento contínuo. No ano 2000, numa sistematização dos estudos sobre o EASYCare, realizados na Europa, Ian Philp, apesar de não se basear em evidência científica mas no resultado de diversas reuniões com os peritos, salientava: *i)* a elevada aceitabilidade do EASYCare, nos cuidados primários e na comunidade, quer por parte das pessoas idosas, quer por parte dos profissionais; *ii)* o baixo custo da aplicação do EASYCare (considerando custos com formação, equipamentos e materiais), comparativamente a outros instrumentos; *iii)* o potencial do EASYCare, na compreensão por parte dos profissionais, das necessidades das pessoas idosas, melhorando o desempenho das equipas multidisciplinares que o aplicam (Philp, 2000). A partir do consenso estabelecido, entre os especialistas europeus, foram introduzidas as alterações consideradas necessárias, o que deu origem à versão EASYCare 1999-2002 (Philp et al., 2001). Em Portugal, a divulgação desta versão foi apoiada por um manual de formação para os profissionais das áreas da ação social e saúde. O projeto designado GATT (*Geriatric Assessment Technical Training*) foi financiado pelo Programa *Leonardo da Vinci*, e teve como objetivo formar e uniformizar a aplicação do EASYCare (Figueiredo & Sousa, 2000). A versão EASYCare 1999-2002 foi validada

para a população portuguesa em duas amostras distintas em 2002 e 2003 (Sousa & Figueiredo, 2002; Sousa et al., 2003).

Em 2008 é lançado o EASYCare 2008, compreendendo duas versões do instrumento: o EASYCare Standard e o EASYCare Supporting Instruments. A versão Standard permite avaliar aspetos sensoriais, o autocuidado, a mobilidade, a segurança, as questões relacionadas à habitação, situação económica, saúde e saúde mental e ainda o bem-estar da pessoa idosa. A versão *Supporting Instruments* é complementar e deve ser utilizada quando o profissional considere pertinente o registo de informações adicionais, nomeadamente os cuidadores informais, medicamentos, o risco de quedas, questões relacionadas à habitação e finanças, teste de memória, risco de quebra nos cuidados e interesses de lazer.

O sistema EASYCare foi testado no contexto dos sistemas de saúde europeus, confirmando-se a sua adequabilidade na apreciação de dados relevantes sobre padrões de necessidades dos mais velhos. Um *corpus* significativo de pesquisa tem sido publicado sobre a sua validade, fiabilidade (Lowles & Philp, 2001; Sousa et al., 2002; van Kempen, Schers, Melis, & Olde Rikkert, 2014) e relação custo-eficácia na Europa (Melis et al., 2005; Melis et al., 2008a; 2008b; Philp et al., 2001). É, no entanto de salientar que, numa extensa revisão de literatura, centrada nos termos *fiabilidade, validade, aceitabilidade e implementação do EASYCare em cuidados primários e na comunidade*, num período de 20 anos (1994-2014) foi notada a escassez de estudos sobre a fiabilidade do instrumento (Craig, Chadborn, Tuonainen, Sands, & Gladman, 2015).

Foi a partir de 2008 que a equipa internacional liderada por Ian Philp decidiu adaptar e desenvolver o sistema EASYCare para utilização noutras zonas do mundo, incluindo os países não desenvolvidos (Philp et al., 2014). Em 2009, foi lançado um projeto à escala global, envolvendo as 6 regiões OMS (<http://www.easycareproject.org/home.html>) com o envolvimento de parceiros em mais de 40 países, o que dá origem ao EASYCare Standard (2010) (Anexo 1).

Em 2013 foi criada a *EASYCare Foundation* no Reino Unido administrada pelo fundador do programa EASYCare: Professor Ian Philp, detentor da propriedade intelectual. Atualmente, o EASYCare encontra-se disponível a nível internacional em 41 países de todas as regiões da OMS com versões traduzidas para todos os países envolvidos. Em Portugal, o EASYCare está traduzido e adaptado linguística e

culturalmente desde 2002 (Sousa et al., 2002), sendo atualmente, duas docentes da Universidade de Aveiro quem coordenam o projeto.

3.2 - O instrumento EASYCare Standard (2010)

No que diz respeito ao EASYCare Standard (2010), em Portugal desde 2011, têm sido apresentados estudos em vários congressos internacionais (Brandão et al., 2011; Brandão et al., 2013; Brandão & Sousa; 2013; Pinar et al., 2013). Um dos estudos compara a independência das pessoas idosas portuguesas e iranianas (Alizada et al., 2013; Fadayevaton et al., 2013). Estes estudos têm mostrado que o EASYCare 2010 apresenta boas propriedades psicométricas. A título de exemplo, num estudo realizado com uma amostra de 560 participantes com 65 ou mais anos, O EASYCare 2010 revelou boas propriedades psicométricas, em especial nas subescalas independência e risco de quedas (Brandão & Sousa, 2013).

O EASYCare Standard (2010) é um instrumento que permite aos profissionais, pessoas idosas e seus cuidadores informais registar informação sobre áreas que podem ter impacto na independência, saúde e bem-estar. Pretende avaliar as perceções sobre as capacidades (aptidão de um indivíduo para a execução de uma tarefa ou ação) e não o desempenho (o que o indivíduo faz) ou seja, não avalia o que a pessoa idosa faz na realidade, mas aquilo que julga ou percebe ser capaz de fazer. Este aspeto permite responder às necessidades sentidas das pessoas idosas indo ao encontro das áreas com maior impacto na sua saúde e bem-estar.

É recomendado que o EASYCare Standard (2010) seja utilizado nas seguintes circunstâncias: *i)* contato inicial entre a pessoa idosa e os serviços sociais ou de saúde; *ii)* alteração física ou mental; *iii)* alteração das circunstâncias sociais; *iv)* parte de um processo de despistagem; *v)* parte de investigações acerca do bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa; *vi)* elemento de avaliação da pessoa idosa aquando do seu encaminhamento para determinado serviço de apoio social ou de saúde.

Para além de dados sociodemográficos, o EASYCare Standard (2010) apresenta questões relativas a:

1. Visão, audição e comunicação;
2. Cuidar de si (auto-cuidado);
3. Mobilidade;
4. Segurança;

5. Local de residência e finanças;
6. Manter-se saudável;
7. Saúde mental e bem-estar;
8. Administração de medicação.

A versão EASYCare Standard (2010) engloba, ainda dados sobre informação pessoal, biografia, motivo da avaliação, história clínica, comentários de familiares ou de amigos, sumário das necessidades e prioridades de intervenção em termos do processo de cuidados. Esta versão disponibiliza ainda, uma Escala de Depressão Geriátrica e um teste de diminuição cognitiva, a ser utilizado quando há suspeita de uma diminuição cognitiva.

As respostas às questões da versão do EASYCare Standard Portugal (2010) permitem obter: *i*) pontuação global de independência, relativa à necessidade de cuidados e de apoio nas atividades de vida diária (AVD); *ii*) risco de falha na prestação de auto-cuidados, que potencia a admissão hospitalar de emergência; *iii*) risco de quedas. A recomendação, para a aplicação do EASYCare, é seja administrado no estilo de uma conversação estruturada (<http://www.easycareproject.org/the-easycare-instruments.html>).

3.3 – Aceitabilidade do EASYCare Standard (2010)

Diversos estudos têm sido realizados no sentido de se avaliar a fiabilidade, validade e aceitabilidade do EASYCare Standard, revelando resultados bastante positivos (Graig et al., 2015; Melis et al., 2008a; 2008b; Olde-Rikkert et al., 2013). No que diz respeito, especificamente, à aceitabilidade, alguns autores referem a elevada aceitabilidade do instrumento, por enfermeiros que trabalham nos locais de cuidados de saúde primários e nos cuidados de saúde na comunidade (Melis et al, 2008a; 2008b; Olde-Rikkert et al., 2013). Estes resultados assentam na eficácia e custo de utilização, mas também, nos chamados benefícios secundários do instrumento. Estes benefícios estão relacionados com a possibilidade deste instrumento fornecer dados sobre a independência, sendo um importante auxílio na tomada de decisão relativamente à alocação de recursos (Melis et al., 2008a; 2008b; Olde-Rikkert et al., 2013). Os designados benefícios secundários estão, também, relacionados com a deteção de situações que mereçam uma maior atenção, no que diz respeito à prevenção das demências (Olde-Rikkert et al., 2013).

Mais recentemente, Philip e colaboradores (2014) publicaram um estudo, sobre aceitabilidade do EASYCare Standard (2010), no qual foram apresentados dados de 6 países (Colômbia, Índia, Irão, Lesoto, Reino Unido e Tonga). No referido estudo, foi utilizado um questionário com perguntas fechadas, com recurso a uma escala de Likert, que visavam obter uma visão geral das opiniões e algumas perguntas abertas procurando obter dados mais aprofundados. Os autores pretenderam neste estudo, avaliar a aceitabilidade do EASYCare Standard (2010), do ponto de vista dos profissionais que o aplicam, mas igualmente, do ponto de vista das pessoas idosas. A amostra final foi constituída por 37 profissionais e 115 pessoas idosas residentes na comunidade. No caso específico do Reino Unido, os profissionais não foram incluídos na amostra. No que diz respeito à avaliação das pessoas idosas, as perguntas incidiram em temas como o i) tempo necessário para completar o questionário; ii) a clareza das questões; iii) a capacidade do questionário para identificar necessidades e prioridades da pessoa idosa. Numa última questão, perguntava-se, ainda, se a pessoa idosa recomendaria o instrumento a outras pessoas. No que respeita aos profissionais pretendeu-se avaliar a sua perceção sobre a utilidade do instrumento na identificação das necessidades de saúde e de cuidados não satisfeitos das pessoas idosas e na definição do plano de cuidados. Perguntava-se, ainda, se reconheciam ao EASYCare, capacidade para prevenir a perda da saúde, independência e bem-estar. Apesar da relevância deste estudo, não se pode deixar de lhe apontar algumas fragilidades. Antes de mais, note-se que em alguns países as amostras utilizadas eram muito reduzidas. Veja-se o caso da Índia, em que o estudo incidiu apenas, no Estado de *Kerala* e no qual participaram 2 profissionais e 10 pessoas idosas, ou o caso Lesoto, com 11 pessoas idosas e 4 profissionais. Por outro lado, considerando que o EASYCare está presente em mais de 40 países, pode-se considerar que nesse estudo, foi incluído um número de países muito aquém do desejável sendo importante que mais estudos de aceitabilidade se desenvolvam noutros países, dada a diversidade de contextos. No que diz respeito especificamente às perguntas, é importante destacar que a escala utilizada parece ser, pelo menos em alguns casos, condicionante da resposta, uma vez que há um desequilíbrio entre o número de categorias positivas e negativas. Veja-se, por exemplo a questão, feita às pessoas idosas, sobre a clareza do EASYCare. As respostas possíveis eram: i) tudo é claro; ii) a maior parte dos aspetos são claros; iii) alguns aspetos são claros; iv) a maior parte dos aspetos não são claros. Só a última categoria remete para a não clareza do conteúdo do EASYCare, sendo as restantes categorias, positivas. Pode

questionar-se se uma escala com estas características não favorece respostas mais positivas. Por último, uma referência mais centrada nos conteúdos das perguntas. Repare-se na questão referente ao tempo necessário para completar o EASYCare: trata-se de uma pergunta colocada, apenas, às pessoas idosas. No entanto, vale a pena questionar se não seria importante ter igualmente a perspetiva dos profissionais? O mesmo se passa com a clareza, outra questão apenas respondida pelas pessoas idosas. De igual modo, investigar a aceitabilidade, sobretudo na perspetiva dos profissionais, poderia ser relevante para avaliar aspetos como, a exequibilidade da aplicação do instrumento, as eventuais necessidades que surgem e até, recolher sugestões de melhoria do instrumento.

Em suma, os estudos têm confirmado melhorias a nível da independência e redução das necessidades de cuidados hospitalares e serviços de cuidado de longo prazo, decorrentes da utilização do EASYCare. Este aspeto tem favorecido a sua utilização e disseminação em todo o mundo (Olde-Rikkert et al., 2013), revelando a sua potencialidade como padrão internacional de avaliação geriátrica multidimensional (Philip et al, 2014). No entanto, revela-se ser necessário a realização de mais estudos para confirmar a aceitabilidade do EASYCare Standard (2010), nomeadamente em Portugal (Craig et al., 2015).

4- Justificação e objetivos do estudo

A avaliação dos serviços de saúde é uma estratégia chave na melhoria das práticas profissionais (Donabedian, 2005) e permite não só, um melhor planeamento dos serviços, como da sua qualidade. Contudo, a qualidade é entendida como construção social, resultante das perspetivas e das experiências dos atores e agentes envolvidos (Donabedian, 2005). E, nesse sentido, a avaliação em saúde não deve assentar apenas em processos meramente técnicos (Donabedian, 2005). Assim, do ponto de vista do mesmo autor, a qualidade em saúde assenta em sete pilares sendo um deles a aceitabilidade.

A aceitabilidade, na perspetiva de alguns autores, surge como uma dimensão de quantificação difícil dada a importância das atitudes e a influência de variáveis socioculturais na sua avaliação (Sanchez & Ciconelli, 2012). Em Portugal, a aceitabilidade é um dos indicadores de desempenho do SNS e é definida como a resposta “às expetativas do cidadão, comunidade, prestadores e pagadores” (Direção Geral da Saúde, 2013, p. 81).

Por sua vez, Panchanski e Thomas (1981, cit. in Giavanella & Fleury, 1996) entendem a aceitabilidade como uma dupla relação. Assim, por um lado, a aceitabilidade é encarada como a relação entre as atitudes dos utentes sobre os profissionais e serviços, e por outro lado, é encarada como a aceitação dos profissionais em prestar assistência.

Nesta investigação, entende-se por aceitabilidade a aprovação por consenso, por maioria e/ou unanimidade, do EASYCare Standard (2010) enquanto instrumento considerado satisfatório ou adequado, na identificação de necessidades de saúde e cuidados, capacidades, qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas, na exequibilidade da sua aplicação, na clareza dos seus conteúdos e nas suas potencialidades de melhoria das suas práticas profissionais. Para uma adequada avaliação de um instrumento, como o EASYCare Standard (2010), é fundamental, conhecer a aceitabilidade do mesmo, do ponto de vista de quem o aplica, uma vez que esse aspeto irá influenciar a sua utilização, permitindo ainda, detetar pontos fracos ou lacunas, ao nível do seu conteúdo e/ou ao nível da sua estrutura, o que abre caminho à introdução de alterações, no seu conteúdo ou estrutura, caso se revele necessário.

Em Portugal, não se conhecem estudos que avaliem a aceitabilidade do EASYCare Standard (2010), nos Cuidados de Saúde Primários, o que torna esta investigação premente. A avaliação da aceitabilidade poderá permitir detetar os pontos

fracos ou as dificuldades de utilização do EASYCare Standard (2010) no contexto português. Conhecendo-se o que os profissionais e investigadores, que o aplicam, pensam do EASYCare e quais são as necessidades que sentem na sua aplicação, agir-se-á em conformidade, nomeadamente através da introdução de alterações no mesmo, na aposta em formação ou elaboração de manuais de apoio, caso se revele pertinente.

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a aceitabilidade do instrumento EASYCare Standard (2010), pelos profissionais e investigadores que o aplicam no SNS em Portugal Continental, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, na sua aplicação a pessoas com 65 anos ou mais. Especificamente pretende-se: *i)* determinar a exequibilidade da aplicação do instrumento; *ii)* identificar o nível de compreensão dos conteúdos do EASYCare; *iii)* conhecer as perceções, de quem o aplica, relativamente às potencialidades do instrumento EASYCare na identificação das necessidades, capacidades e qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas; *iv)* conhecer as opiniões quanto ao impacto da utilização do EASYCare nas práticas profissionais; *v)* identificar necessidades decorrentes da aplicação do instrumento e eventuais lacunas do instrumento; *vi)* recolher sugestões de melhoria de quem, pelo trabalho no terreno tem uma perceção muito concreta dos pontos fortes e eventuais pontos a melhorar do referido instrumento de avaliação.

PARTE II - FASE METODOLÓGICA

5- Desenho do Estudo

Para a realização deste estudo, a opção metodológica recaiu num desenho descritivo e exploratório, uma vez que se pretende descrever um fenómeno pouco conhecido (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo de natureza mista (investigação qualitativa e quantitativa), com recurso à técnica *Delphi*. De acordo com as características da técnica, o objetivo é apresentar a síntese da opinião de peritos que constituem o painel de respondentes, sem pretensão de se obter dados representativos da população. A opção pela técnica *Delphi*, deveu-se ao facto desta ser particularmente indicada, quando se pretende alcançar soluções consensuais, a partir das perspetivas de um grupo de peritos que estejam distantes geograficamente e que tenham experiências diferenciadas.

6- A Técnica *Delphi*

6.1 - Características da técnica *Delphi*

Neste estudo adota-se a técnica *Delphi*, também conhecida como técnica de Delfos⁹. Esta técnica foi inicialmente desenvolvida pela *RAND Corporation*, em 1950, e teve a sua origem no meio militar (Fletcher & Marchildon, 2014). Atualmente, esta técnica tem sido aplicada em diferentes áreas do conhecimento, tanto no campo das ciências sociais e humanas, como da saúde (Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón, & Dominguez-Sanchez, 2013).

É uma técnica de análise prospetiva, que visa obter a opinião de um grupo de peritos sobre determinado assunto, através de sucessivos e interativos questionamentos no sentido de alcançar o maior consenso possível (Fletcher & Marchildon, 2014; Magnan et al., 2015). O seu principal objetivo é a obtenção de consenso sobre um determinado assunto. Tem ainda, como objetivos facilitar a expressão dos participantes, o acesso às suas experiências e percepções e promover uma efetiva participação dos participantes no estudo. A técnica *Delphi* consiste, assim, numa discussão entre os membros de um grupo, considerados peritos no tema em causa. A discussão caracteriza-se por ser anónima, na medida em que é uma discussão não presencial. A identidade dos participantes só é conhecida pelos investigadores que assumem o papel de dinamizadores (Okoli & Pawlowski, 2004) e nesse sentido, mais do que falar-se de anonimato poderá falar de um *quasi*-anonimato (McKenna, 1999, cit. in Hasson, Keeney, & McKenna, 2000). Pelo *quasi*-anonimato, os participantes ganham à vontade para expressarem as suas opiniões, uma vez que não sentem o constrangimento do grupo e as posições dos membros mais dominantes não têm aqui, qualquer possibilidade de influência sobre os outros (Oliveira, 2010). Por outro lado, também por causa do anonimato, mais facilmente um participante se disponibiliza para alterar a sua posição, de modo natural e sem se sentir constrangido (Oliveira, 2010). Esta técnica pode assim, favorecer a alteração das posições individuais, a partir do conhecimento das perspetivas mais representadas no grupo (Hasson et al., 2000).

Outra das características da técnica *Delphi* é o *feedback* controlado (Okoli & Pawlowski, 2004; Oliveira, 2010), que consiste na devolução das respostas aos participantes, já devidamente selecionadas e trabalhadas. Desta forma “reduz-se a

⁹ Neste trabalho optou-se pela designação latina *Delphi* em detrimento de *Delfos*, por a primeira ser mais correntemente utilizada no campo científico.

possibilidade de se verificarem contribuições irrelevantes ou repetitivas, distraindo a atenção do assunto em discussão, ou obscurecendo-o” (Oliveira, 2010, p. 129).

A seleção dos participantes é de extrema relevância, não existindo no entanto, critérios pré-determinados do que se considera ou não um perito (Hasson et al., 2000). Os critérios de seleção devem ser definidos tendo em consideração os objetivos da investigação. Essa seleção deve ser imparcial e levar em linha de conta que o comprometimento dos peritos para participar, em todas as rondas necessárias, está, muitas vezes, relacionada com o seu interesse e envolvimento com a questão a ser examinada (Hasson et al., 2000). Esta seleção não visa, contudo, um levantamento estatisticamente representativo da população, sendo determinantes a heterogeneidade, a experiência e os conhecimentos do painel de peritos como os aspetos mais relevantes em termos da fiabilidade dos resultados (Hasson et. al., 2000; Silva, Rodrigues, Silva, & Witt, 2009).

Quanto ao número de participantes, a literatura não é consensual e surgem números muito díspares. No entanto, é geralmente indicado um mínimo de 10 participantes (Hsu & Sandford, 2007; Okoli & Pawlowski, 2004), embora alguns autores sugiram um número superior (Silva et al., 2009). Encontram-se, por exemplo, painéis com mais de 200 participantes (van Asselt et al., 2012). A decisão sobre o número de participantes parece estar relacionada, com o seu grau de especialização, a avaliação do tema, os fatores de custo e a natureza do problema (Spinola, 1997 cit . in Scarparo & Ferraz, 2007).

O número de rondas necessárias é outra das características que dá identidade à técnica, mas não é, geralmente, pré-definido. Usualmente a pesquisa inicia-se com:

- a) Uma ronda constituída por uma ou mais perguntas abertas (Fletcher & Marchildon, 2014; Hsu & Sandford, 2007), de modo a recolher as opiniões dos participantes, sobre o assunto em causa. Os investigadores organizam, estruturam e analisam de seguida a informação obtida, que serve de base à segunda ronda.
- b) Na segunda ronda, deverão ser apresentados um conjunto de perguntas fechadas (baseadas na análise das respostas da primeira ronda), pedindo-se que cada participante dê a sua opinião, relativamente a cada pergunta, classificando-a com recurso a uma escala. Os dados recolhidos são tratados estatisticamente e os itens não consensuais são apresentados aos participantes, em mais uma ronda.

- c) Na ronda seguinte, apresenta-se, habitualmente, a resposta individual obtida na ronda anterior, distinguindo-a da resposta média grupal, num convite ao consenso.

Quanto ao desenrolar das rondas, existem algumas variações à técnica, como foi o caso do estudo desenvolvido por Zang e colaboradores (2015). Os autores, após a realização de um estudo *Delphi*, com duas rondas, optaram por realizar uma terceira ronda, num formato atípico pois consistiu uma reunião presencial para discussão dos tópicos não consensuais.

O número de rondas necessárias para atingir o consenso dos peritos relativo ao objetivo dos estudos, é habitualmente duas (Fletcher & Marchildon, 2014; Kleynen et al., 2014; Lima-Rodríguez et al., 2013; Magnan et al., 2015), três (Zang et al., 2015) ou quatro rondas (van Asselt et al., 2012). Tem sido pouco documentado o recurso a apenas uma ronda, como foi o caso do estudo realizado por Zevin e colaboradores, no qual se obteve consenso no final da primeira ronda (Zevin, Levy, Satava, & Grantcharov, 2012). Quanto a este aspeto, a decisão está relacionada com a maior ou menor facilidade na obtenção do consenso e do tempo disponível (Hasson et al., 2000; Magnan et al., 2015). O investigador deverá ter sensibilidade para perceber qual é o momento certo para parar: demasiado cedo pode levar a resultados pouco significativos, mas estender o número de rondas pode ter como consequência o aumento da fadiga e desmotivação dos participantes (Schmidt, 1997, cit. in Hasson et al., 2000).

Relativamente às limitações da técnica podem-se indicar as baixas taxas de resposta (Fletcher & Marchildon, 2014; Hsu & Sandford, 2007). Uma vez que se trata de um processo que se desenvolve à distância, torna-se mais fácil, o participante simplesmente desistir, podendo a ausência de resposta rondar os 30% a 50%, na primeira ronda e os 20% a 30%, na segunda ronda (Wright & Giovinazzo, 2000). A gestão do tempo, pelo número de rondas necessário, pode ser outra das limitações da técnica (Hasson et al., 2000; Silva et al., 2009).

6.2 - O consenso na técnica *Delphi*

No que diz respeito ao consenso, na literatura estão descritos diferentes perspetivas e critérios para a sua definição, ficando muito claro que mais importante do que uma norma fixa, é que os critérios sejam definidos caso a caso. Em geral, o

consenso entre peritos é definido através de medidas estatísticas. Assim, alguns investigadores consideram importante o cálculo da proporção, na comparação das respostas sendo que essa proporção deve ser igual ou superior a 50% para a existência de consenso (Hasson et al., 2000; Magnan et al., 2015). Noutros casos são utilizadas medidas de tendência central, como a média ou a mediana (van Asselt et al., 2012) e medidas de dispersão, sendo bastante usual, a utilização do intervalo interquartil (Hsu & Sandford, 2007; Oliveira, 2010). Outros estudos usam o coeficiente *Kendall's W* ou o coeficiente de *alpha de Croanbach* que mede a consistência interna das respostas, inferindo-se por essa via o grau de consenso (Okoli & Pawlowski, 2004; Zevin et al., 2012).

7- Procedimentos Metodológicos

7.1 - Contexto e recrutamento dos participantes

O instrumento EASYCare Standard (2010) está incorporado no conjunto de materiais disponibilizados aos profissionais de saúde pela DGS, entidade que em Portugal gere o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes e especificamente o projeto “Com Mais Cuidado” (Amann, 2012).

Após o parecer positivo da coordenadora do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (Anexo 2), para desenvolver o presente estudo nos serviços de saúde distribuídos pelo país onde o projeto “Com Mais Cuidado” está a ser aplicado, foram contactados todas os responsáveis locais no sentido de: *i)* apresentar o projeto; *ii)* confirmar a utilização do EASYCare no referido projeto; *iii)* convidar os profissionais a participar. Paralelamente, foram identificados a partir duma lista proporcionada pela coordenadora principal do EASYCare em Portugal (orientadora deste estudo), nove investigadores/profissionais de saúde que em 2013 e 2014 utilizaram o EASYCare Standard (2010) em Portugal e que foram convidados a integrar o estudo. Assim, os participantes neste estudo são profissionais que aplicam o EASYCare Standard (2010) nas instituições onde o projeto “Com Mais Cuidado” decorre e investigadores nacionais que nos últimos 2 anos aplicaram o mesmo instrumento no SNS. Todos os participantes a partir daqui serão designados por peritos.

A seleção dos participantes teve início em outubro de 2014. Começou por se contactar 19 entidades, pertencentes às 5 ARS. Do total das entidades contactadas, apenas foi possível integrar 9 delas (47%), na investigação. Efetivamente, 6 (32%) destas entidades não responderam à solicitação ou não foi possível contactar o responsável pelo projeto, em tempo útil. Verificou-se, ainda que 4 (21%) entidades não poderiam integrar estudo, pois não utilizaram, ou não utilizaram na totalidade o EASYCare.

Em janeiro de 2015, deu-se por concluída a seleção de entidades, tendo sido integradas, no estudo, 9 entidades do SNS, de 4 ARS. Solicitou-se seguidamente, a um representante de cada entidade que indicasse os contactos dos profissionais com experiência na aplicação do EASYCare.

Os critérios de inclusão subjacentes à constituição do grupo de peritos foram os seguintes: *i)* ser profissional de saúde ou da área social ou ter realizado investigação

com o instrumento EASYCare Standard (2010) no SNS, desde 2013; *ii*) ter experiência na aplicação do EASYCare Standard (2010) no SNS; *iii*) aceitar participar no estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Após a verificação destes critérios, foi constituído o grupo de profissionais que aceitaram participar, composto por 13 elementos, como a seguir se mostra (tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos profissionais por entidade e ARS

Administração Regional de Saúde	Entidades Contactadas	Entidades Participantes	Número de participantes
Norte	2	2	2
Centro	6	2	3
Lisboa e Vale do Tejo	3	3	6
Alentejo	6	2	2
Algarve	2	0	0
Total	19	9	13

No que diz respeito aos 9 investigadores contactados, foram integrados 5 (55%) que cumpriam os critérios de inclusão.

Assim, em fevereiro de 2015, o grupo de peritos era composto por 18 elementos, dos quais 13 (72%) eram profissionais do SNS e 5 (28%) eram investigadores. Na primeira Ronda obtiveram-se 13 respostas (72%), 10 das quais dos profissionais do SNS. Os 5 peritos que não responderam na Ronda 1 foram automaticamente retirados do estudo, não sendo convidados a responder à Ronda 2. Dos 13 participantes na primeira Ronda, 12 (92%) responderam à segunda Ronda (Figura 1).

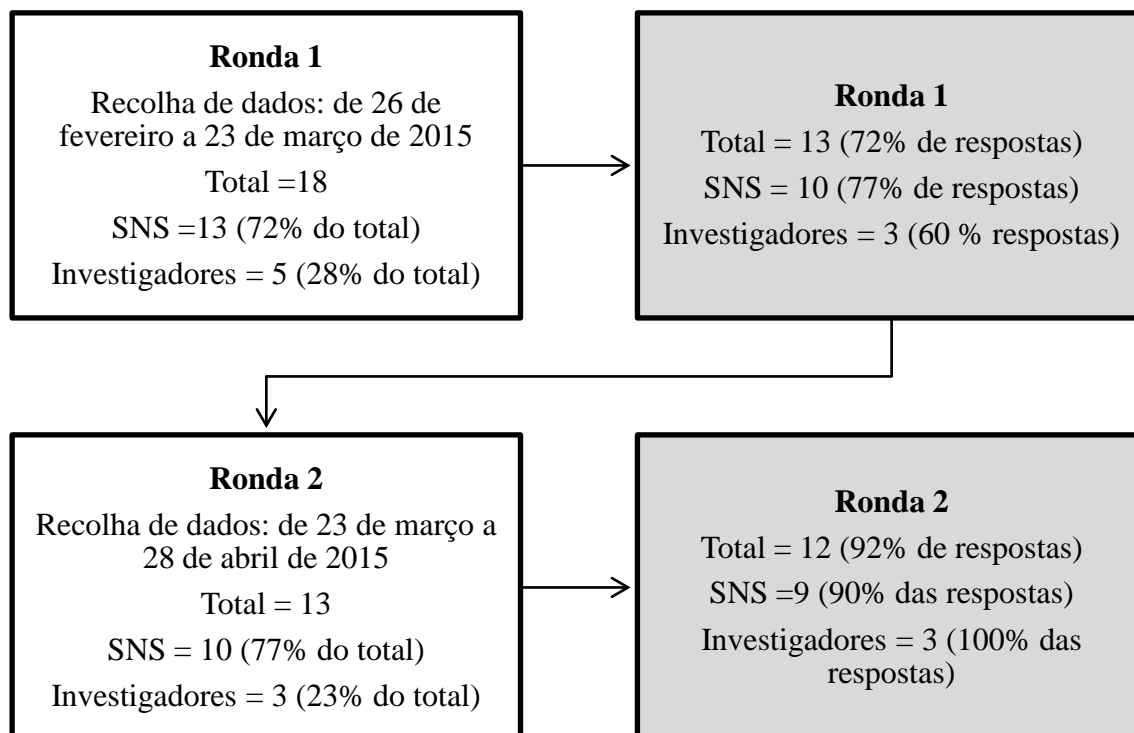


Fig. 1 - Desenvolvimento das Rondas e respetivas taxas de resposta

7.2 - Procedimentos

A recolha de dados decorreu entre fevereiro e abril de 2015 e foi realizada em ambiente *web* (através de correio eletrónico). Decorreu em duas Rondas sucessivas de perguntas, sendo a primeira Ronda de carácter qualitativo e a segunda, de carácter quantitativo, com o complemento de duas perguntas abertas. Os instrumentos de recolha de dados (Folhas de Resposta 1 e 2), desenvolvidos especificamente para este estudo, foram submetidos previamente à apreciação da coordenadora do EASYCare em Portugal (orientadora deste estudo) (Fortin, 2009).

Ronda 1

Nesta Ronda foi enviada a Folha de Resposta 1, composta por três partes (Apêndice 1). A primeira parte incidiu sobre a caracterização sociodemográfica, com questões relativas ao perito e à entidade na qual utilizou o EASYCare Standard (2010). No que diz respeito aos dados relativos à caracterização dos peritos, as questões incidem genericamente sobre dados pessoais, como idade, escolaridade e área de formação, função desempenhada, tempo de experiência no SNS (à exceção dos investigadores), no

trabalho com pessoas idosas e na aplicação do EASYCare Standard (2010). Relativamente à instituição onde os peritos recolheram os dados, as perguntas abrangem o tipo de instituição, área de localização (rural, urbana), número de utentes inscritos e número de utentes com 65 ou mais anos de idade.

No que diz respeito à segunda parte do questionário, esta incidiu especificamente, sobre a experiência na aplicação do EASYCare Standard (2010), sendo constituído por perguntas fechadas. Assim, procurou conhecer-se, o número de pessoas idosas às quais cada perito aplicou o EASYCare Standard (2010), o local onde o aplicou (domicílio ou outro), os critérios de recrutamento (diabéticos, problemas cardíacos, longos períodos de ausência do SNS, habitação identificada como deficiente ou outros) e seleção dos utentes com 65 ou mais anos de idade (aleatório, acidental ou por conveniência) e se teve algum apoio (formal ou informal) na aplicação do instrumento. Foi ainda questionado se haviam aplicado o EASYCare Standard (2010) a pessoas com problemas mentais ou cognitivos e em caso positivo, como é que esse diagnóstico tinha sido confirmado.

A Tabela 2 mostra a terceira parte do questionário, constituída por 7 perguntas abertas, cada uma correspondendo a um bloco temático: exequibilidade, compreensão, potencialidades, impacto, necessidades, aceitação e sugestões de melhoria.

Tabela 2 – Guião do questionário enviado aos peritos na Ronda 1

Bloco Temático	Objetivos Gerais	Perguntas
I) Exequibilidade	Conhecer as perceções sobre a facilidade e/ou dificuldade na aplicação do instrumento	Em que medida considera a aplicação do instrumento EASYCare exequível (tempo, espaço, contexto...)?
II) Clareza	Perceber se o instrumento é entendido como explícito e compreensível	Pronuncie-se quanto à clareza dos conteúdos do instrumento EASYCare.
III) Potencialidades	Conhecer as perceções sobre as potencialidades do instrumento	Indique potencialidades do instrumento EASYCare na: Identificação das necessidades, capacidades e qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas; Possibilidade de prevenir doenças; Possibilidade de fazer a triagem de algumas doenças e situações de saúde.
IV) Impacto	Conhecer as perceções sobre o impacto do instrumento	Descreva o impacto do EASYCare na alteração de alguma situação de doença e/ou de saúde.
V) Necessidades	Aceder às perceções sobre as necessidades sentidas na sequência da aplicação do instrumentos	Que necessidades sente decorrentes da aplicação do EASYCare?
VI) Aceitação	Saber se o instrumento é bem aceite pelas pessoas idosas	Considera que houve boa aceitação por parte dos utentes (ao nível da colaboração, interesse, participação)?
VII) Sugestões de melhoria	Recolher sugestões de melhoria	Refira outro/s aspeto/s que considere relevantes e/ou sugestões de melhoria.

Análise da Ronda 1

Os dados referentes às duas primeiras partes (dados sociodemográficos individuais e caracterização da entidade e de aplicação do EASYCare) foram analisados com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics 22*, tendo sido efetuados alguns cálculos de estatística descritiva. No que diz respeito às perguntas abertas, as respostas foram codificadas com recurso à técnica análise de conteúdo (Bardin, 2015), o que permitiu agrupar as respostas em itens semelhantes (Hasson et al., 2000). Após a leitura das respostas, deu-se início à categorização. Para se chegar à matriz final, foram necessários alguns ensaios, num trabalho reflexivo e crítico. As perguntas indicaram, desde logo, os temas pertinentes: *exequibilidade, clareza, potencialidades, impacto, necessidades* sentidas decorrentes da aplicação do EASYCare, *aceitação* por parte dos utentes e *sugestões de melhoria* do EASYCare Standard (2010). As perguntas ofereciam, assim, o ponto de partida para a categorização. A categorização ocorreu, deste modo, *a priori* (Amado, 2009) resultando as categorias das perguntas iniciais. No entanto, as subcategorias só emergiram, após as leituras e releituras das respostas de cada perito, isto é, *a posteriori* (Amado, 2009).

As sucessivas leituras permitiram a fragmentação dos discursos, *em unidades de registo*, que consistem, então, em pequenos extratos do texto, com mesmo sentido e que constituem uma unidade, *per se*. Assim, foi-se construindo a matriz de análise de conteúdo, inscrevendo as categorias, subcategorias e respetivas unidades de registo. Inscreveu-se, ainda, os indicadores, usualmente considerados como um elo entre categorias e unidades de registo, são expressões construídas pelo analista, que resumem ou expressam a traço o sentido geral das unidades de registo (Amado, 2009).

A validade interna do processo de categorização e da análise efetuada foi assegurada pelo respeito a 5 das regras consideradas, usualmente, fundamentais nas diferentes fases da codificação e nas múltiplas revisões dos resultados a que vai chegando (Amado, 2009). Assim, na definição das categorias empíricas foram tidos em conta os seguintes critérios: exaustividade (abrangem todos os itens relevantes presentes no *corpus* documental); exclusividade (cada unidade de registo pertence apenas a uma categoria); homogeneidade (todas as categorias são baseadas no mesmo tipo de análise); pertinência (adaptadas ao conteúdo e ao objetivo do estudo e problemática) e objetividade (procura por uma definição precisa e operatória). Como forma de validação adicional, solicitou-se a um investigador especialista na área, que acompanhasse e validasse, o processo de categorização.

Após esta fase, passou-se à fase da interpretação, na qual se procurou obter uma compreensão mais aprofundada do conteúdo dos discursos. A interpretação apoiou-se no trabalho precedente e procurou evidenciar as posições que interessam, as dos participantes (Amado, 2009).

A análise de conteúdo permitiu organizar a narrativa dos peritos. Neste processo, procurou manter-se todas as questões referida por estes, mesmo as menos frequentes, devido ao entendimento que essa seleção cabe aos peritos (Hasson et al., 2000). A informação resultante foi organizada em 6 dimensões de análise: i) *clareza*; ii) *exequibilidade*; iii) *necessidades decorrentes da aplicação do EASYCare*; iv) *possibilidade de fazer a triagem precoce de doenças e/ou situações sociais*; v) *prevenção de doenças*; vi) *sugestões de melhoria*. Assim, em torno destas dimensões de análise, de acordo com os objetivos do estudo e a partir dos discursos dos participantes, foi elaborada uma lista de itens, respeitantes ao EASYCare. A elaboração desta lista decorreu diretamente da matriz de análise de conteúdo, procurando-se incluir o máximo de aspetos referidos (Hasson et al., 2000), evitando-se as repetições (Hasson et al., 2000; Oliveira, 2010) e os aspetos irrelevantes (Oliveira, 2010). Procurou-se elaborar uma lista de dimensão razoável (Wright & Giovinazzo, 2000). De modo a garantir o máximo rigor, neste processo, sempre que possível, recorreu-se à expressão exata ou aproximada dos peritos (Hasson et al., 2000). Por essa razão, não foi possível elaborar o mesmo número itens positivos e negativos, como Fortin (2009) sugere. A Tabela 3 mostra os 33 itens resultantes, organizados em torno das referidas dimensões de análise. Estes itens foram submetidos à avaliação de um investigador especialista na área, de acordo com o que a literatura recomenda (Fortin, 2009).

Após determinação dos itens, definiu-se a escala a utilizar, tendo sido definidas as seguintes categorias: 1 - discordo fortemente; 2 - discordo; 3 – não concordo nem discordo; 4 - concordo e 5 - concordo fortemente. A opção por um número ímpar de categorias não sendo unânime entre os especialistas (Fortin, 2009), baseou-se na ideia de que a ausência de uma categoria neutra impele uma resposta forçada (Fortin, 2009). Ora esse aspeto poderia ser descrito com uma pressão para a convergência (Hill & Fowles 1975, cit. in Hasson et al., 2000), o que, geralmente é avaliado como ameaça à validade da técnica *Delphi* (Hasson et al., 2000). Os dois últimos itens foram acompanhados de duas perguntas abertas, no sentido de se obter uma maior clarificação dos dados.

Tabela 3 - Respostas dos peritos na Ronda 1 por dimensões de análise

Dimensões (Ronda1)	Itens de Resposta (Ronda 2)
Clareza	<p>As perguntas abertas são muito importantes para clarificar as perguntas fechadas.</p> <p>Considero o EASYCare explícito e compreensível.</p> <p>Considero que as perguntas do EASYCare são muito objetivas.</p> <p>Em algumas perguntas de resposta fechada, os utentes têm dificuldades na escolha da opção mais adequada.</p> <p>No que diz respeito às perguntas, estas são facilmente compreendidas por mim.</p> <p>No que diz respeito às perguntas, penso que estas são facilmente compreendidas pelos utentes.</p> <p>Os utentes respondem com dificuldade ao EASYCare, quando não são auxiliados por um profissional.</p> <p>Os utentes, em geral, consideram o EASYCare explícito e compreensível.</p> <p>Todos os conceitos, utilizados no EASYCare, são bem compreendidos.</p>
Exequibilidade	<p>A aplicação do EASYCare causa desconfiança aos utentes.</p> <p>A aplicação do EASYCare é demasiado demorada.</p> <p>Aplicar o EASYCare, com apoio ou na presença de um cuidador informal, pode ser importante.</p> <p>O EASYCare deve ser aplicado num espaço que possibilite a privacidade dos utentes.</p> <p>O EASYCare tem boa aceitação por parte dos utentes.</p> <p>O tempo necessário para a aplicação do EASYCare é adequado.</p> <p>Pude verificar que o utente ficava incomodado pela demora no preenchimento, porque tinha tarefas domésticas ou familiares para fazer.</p> <p>Pude verificar que o utente ficava incomodado pela demora no preenchimento, porque se encontrava em situação de espera da consulta prevista e com receio de a perder.</p> <p>Quando solicitada, a assinatura do consentimento informado pelo utente, é um momento sensível.</p>
Necessidades decorrentes da aplicação do	A disponibilização de um aplicativo (ex. excel) para a colocação de respostas com cotação

EASYCare	<p>imediate dos scores das escalas é indispensável.</p> <p>Gostava de obter mais esclarecimentos acerca do EASYCare no formato de uma ação de formação ou seminário.</p>
Possibilidade de fazer a triagem precoce de algumas doenças e/ou situações de saúde e sociais	<p>O EASYCare é uma ferramenta válida para a sinalização e/ou encaminhamento de utentes para uma avaliação mais exhaustiva.</p> <p>O EASYCare é útil e importante para conhecer com mais detalhe as pessoas e as suas necessidades.</p> <p>O EASYCare permite a recolha de informação pertinente para a elaboração de diagnósticos (de saúde e/ou sociais) e elaboração de um plano de intervenção em conformidade com as necessidades encontradas.</p> <p>O EASYCare permite a triagem de algumas doenças.</p> <p>O EASYCare permite caraterizar a qualidade de vida das pessoas idosas.</p> <p>O EASYCare permite identificar necessidades dos utentes.</p>
Prevenção de doenças	<p>O EASYCare permite identificar riscos para a saúde das pessoas idosas.</p> <p>O EASYCare tem potencialidades no que respeita à prevenção de algumas doenças.</p>
Sugestões de melhoria	<p>Alguns termos, usados no EASYCare, deveriam ser melhor definidos.</p> <p>As perguntas abertas deveriam ser retiradas do EASYCare.</p> <p>Os conceitos relacionados com os acidentes da bexiga (Q. 2.11) e dos intestinos (Q. 2.12) deveriam ser reformulados.</p> <p>Os conceitos relativos a aspetos temporais deveriam ser reformulados.</p> <p>Relativamente à questão sobre a "dor" (Q. 7.6) é importante acrescentar hipóteses de resposta mais variada, nomeadamente, frequência, intensidade e características.</p>

Legenda: Q. = questão do EASYCare (Anexo 1)

Ronda 2

A Folha de Resposta 2, contendo a lista de itens, anteriormente referida, foi enviada aos peritos que participaram na Ronda 1. Solicitou-se que cada item fosse classificado de 1 a 5 (Apêndice 2).

Análise da Ronda 2

Após a receção das respostas, os dados foram introduzidos no *software IBM SPSS Statistics 22*. Foi efetuada uma análise quantitativa descritiva em que proporções em cada resposta acima de 50% permitem afirmar a existência de consenso para essas respostas (Hasson et al., 2000; Magnan et al., 2015). Neste estudo, considerou-se que o consenso resulta do acordo entre os peritos, em torno de uma resposta (seja essa resposta positiva – “concordo” ou “concordo fortemente” ou negativa – “discordo” ou “discordo fortemente”). Assim, as respostas “concordo” e “concordo fortemente”, foram agregadas, procedendo-se do mesmo modo, para as respostas “discordo” e “discordo fortemente”. Embora expressem graus de concordância diferentes, entendeu-se que mais importante do que esse aspeto, seria destacar o sentido da opinião de aceitação ou não aceitação (“concordo” vs “discordo”).

Como foi referido anteriormente, existem na literatura diversos entendimentos sobre o grau de concordância necessário para expressar consenso. Neste caso, a opção recaiu na distinção entre “consenso por unanimidade” (100% de respostas em torno de um eixo de resposta – “concordo/discordo”) e “consenso por maioria” (mais de 50% das respostas em torno de um eixo de resposta – “concordo/discordo”). Assim, obtém-se “consenso por unanimidade” quando as opiniões de todos os respondentes convergem em torno de um eixo de resposta. No caso do “consenso por maioria”, a concordância de respostas situa-se acima dos 50% (Hasson et al., 2000; Magnan et al., 2015).

7.3 - Procedimentos Éticos

Procurou-se garantir o respeito de todas as normas éticas constantes da declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (“World Medical Association, 2013). Deste modo, foram solicitadas autorizações para a realização do estudo, ao Diretor da Secção Autónoma da Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, ao Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, à Coordenadora do projeto “Com Mais Cuidado” da DGS e aos responsáveis locais das instituições

participantes. No sentido de garantir que os procedimentos do estudo estão em conformidade com as normas éticas e legais visando uma investigação séria no respeito pelos direitos dos participantes, foi solicitado parecer ao Conselho de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro. O parecer positivo, do Conselho de Ética e Deontologia, foi emitido com o nº 8/14 de 14 de janeiro de 2015 (Anexo 3).

Os participantes foram previamente esclarecidos sobre os objetivos da investigação e a metodologia utilizada. Foram, ainda, assegurados o direito de se recusar a participar ou de se retirar do estudo em qualquer momento, e sem qualquer explicação ou, ainda de colocar as perguntas consideradas pertinentes. Foi garantida a confidencialidade das informações recolhidas e do anonimato da identidade dos peritos, apenas do conhecimento da investigadora e na medida da exigência da técnica *Delphi*. O conhecimento destas informações foi assegurado pela assinatura do termo de consentimento informado, livre e esclarecido por todos os peritos (Apêndice 3).

PARTE III - FASE EMPÍRICA

8-Resultados

8.1 - Peritos

8.1.1 - Caraterização Sociodemográfica

As características gerais dos peritos, em relação à atividade desenvolvida (profissionais do SNS ou investigadores), estão representadas na Tabela 4 (estas incluem o género, grupo etário, habilitações académicas, área científica de formação graduada, profissão, região e meio (rural ou urbano). Para o grupo de profissionais do SNS são, ainda, apresentados dados referentes ao tempo de experiência profissional no SNS e com pessoas idosas. São apresentados os dados para a Ronda 1, não se distinguindo da Ronda 2, uma vez que esta última apenas não integrou um perito.

Nesta amostra de conveniência, com profissionais e investigadores relacionados ao SNS, a maioria (76,9%) exerce atividade profissional diária no SNS. Maioritariamente, os peritos pertencem à área das Ciências da Saúde. Relativamente à profissão exercida, no grupo de profissionais do SNS, 9 (90%) são enfermeiros enquanto no grupo de investigadores, apenas 1 dos peritos exerce esta profissão. Quanto ao local de trabalho, a maioria (80%) trabalha em contexto UCC. No que respeita ao local geográfico onde trabalham, a região de Lisboa e Vale do Tejo é a mais representada (40%) no grupo de profissionais, seguindo-se a região Centro (30%). No grupo de investigadores, há um elemento em cada uma das regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve. No grupo dos profissionais, a maioria trabalha em meio rural (80%) e no grupo de investigadores, todos trabalham em meio urbano. No que respeita, em específico, aos profissionais do SNS, maioritariamente (70%) têm, pelo menos, dez anos de experiência, no trabalho com pessoas idosas.

Tabela 4 – Caracterização dos peritos segundo o grupo a atividade desenvolvida

		Profissionais do SNS	Investigadores
Idade		Média (dp)	Média (dp)
		42,2 (7,6)	25,3(3,3)
		n (%)	n (%)
Grupo etário	Total	10 (77,0)	3(23,0)
	< 35	3 (30,0)	3 (100,0)
	35-45	3 (30,0)	0 (0,0)
	> 45	4 (40,0)	0 (0,0)
Género	Feminino	7 (70,0)	3 (100,0)
Habilitações Académicas	Licenciatura	5 (50,0)	1 (33,3)
	Mestrado	5 (50,0)	1 (33,3)
	Doutoramento	0 (0,0)	1 (33,3)
Área científica de formação	Ciências da Saúde	9 (90,0)	3 (100,0)
	Ciências Sociais	1 (10,0)	0 (0,0)
Categoria profissional	Enfermeiro	9 (90,0)	1 (3,3)
	Assistente Social	1 (10,0)	0 (0,0)
	Outros	0 (0,0)	2 (6,6)
Local de trabalho	Centro de Saúde	1 (10,0)	0 (0,0)
	UCC	8 (80,0)	0 (0,0)
	USP	1 (10,0)	0 (0,0)
	Outros	0 (0,0)	3 (100,0)
Anos de prática no SNS a)	< 10	3 (30,0)	
	10-20	3 (30,0)	
	> 20	4 (40,0)	
Anos de contacto com pessoas idosas a)	< 10	2 (20,0)	
	10-20	5(50,0)	
	>20	3 (30,0)	
Região	Norte	2 (20,0)	1 (33,3)
	Centro	3 (30,0)	0 (0,0)
	Lisboa e Vale do Tejo	4 (40,0)	1 (33,3)
	Alentejo	1 (10,0)	0 (0,0)
	Algarve	0 (0,0)	1(33,3)
Meio onde trabalha	Rural	8 (80,0)	0 (0,0)

a) Dados disponíveis para o grupo de profissionais do SNS

8.2 - Aplicação do EASYCare

Na Tabela 5 está representada a experiência dos peritos na aplicação do EASYCare. Verifica-se que a experiência de utilização do EASYCare se faz,

maioritariamente em UCC (61,5%) e que a maioria dos dados foram recolhidos no domicílio (69,2%).

O tempo de experiência na aplicação do EASYCare é bastante diversificado: entre 1 e 48 meses com uma média de 20,38 (dp=19,6).

Tabela 5 – Contexto de utilização do EASYCare

		n	%
	Total	13	100
Onde utilizou o EASYCare	UCC	8	61,5
	CS	3	23,1
	USP	1	7,7
	UCCI	1	7,7
Local da recolha de dados	Domicílio	9	69,2
	CS	1	7,7
	Outro	3	23,1
Critério de recrutamento	Utentes em apoio domiciliário	5	38,5
	Prevenção de quedas	1	7,7
	Vários critérios	4	30,8
	Idade superior a 65 anos	3	23,0
Método de recrutamento	Conveniência de serviço	7	54,0
	Aleatório	6	46,0

8.3 - Perceções sobre o EASYCare: um primeiro olhar a partir da análise de conteúdo

Apresenta-se de seguida uma análise comparativa dos discursos dos 13 peritos, procurando detetar-se, tanto as semelhanças e os pontos de contacto como as contradições e oposições. Esta análise foi realizada em função dos blocos temáticos orientadores das perguntas e de acordo com a matriz de análise de conteúdo (Apêndice 4), guiada pelas categorias e subcategorias. Neste estudo, os investigadores estão designados pelas letras A1 a A3 e os profissionais pelas letras B1 a B10.

O primeiro aspeto que importa destacar diz respeito à *exequibilidade* da aplicação do EASYCare e está relacionado com as perceções sobre a sua aplicação, nos contextos reais de trabalho e face a todos os aspetos condicionantes e/ou facilitadores

dessa aplicação. Sobre este aspeto em específico, importa diferenciar as questões relativas ao “tempo” de aplicação, ao “espaço” e às “perguntas” previstas no questionário, aspetos que sobressaem na narrativa dos peritos.

Relativamente ao “tempo” necessário para a aplicação do EASYCare não se encontra unanimidade nas respostas. Assim, por um lado, 4 peritos referem que o EASYCare é “longo e de aplicação demorada”. Segundo 1 perito, trata-se de um aspeto que não se deve tanto ao questionário em si, mas é, sobretudo, consequência da relação que a pessoa idosa desenvolve com o profissional, levando-as a encará-lo, como companhia, como se pode observar nas unidades de registo seguintes:

“É um instrumento bastante extenso, pelo que poderá apresentar constrangimentos temporais.” (A3)

“Um pouco extenso. Cada questionário levou cerca de 1 hora a ser preenchido pois o utente a cada questão aproveitava para abordar outros assuntos relacionados. A maioria são utentes a residirem só, com poucas relações de vizinhança com quem possam “desabafar” e partilhar o seu dia-a-dia. O papel/função do Assistente Social é aos “olhos” do utente elemento facilitador e “credenciado” para estes “desabafos, queixas, preocupações e angústias.” (B4)

Seis peritos consideram, pelo contrário, que o “tempo” de aplicação do EASYCare é “adequado”. Da narrativa dos peritos sobressaem, igualmente, estratégias facilitadoras da aplicação do EASYCare:

“Relativamente ao tempo achei que não foi demasiado.” (B5)

“A aplicação demora mais tempo do que a maioria da população tem disponível para estes instrumentos. Contudo, torneei a situação em registo de consulta de enfermagem e fui acompanhando a recolha de dados globais para o desenvolvimento da própria consulta.” (B10)

No que respeita ao “espaço” necessário para uma aplicação adequada do EASYCare, 3 peritos consideram relevante que este confira privacidade e não tenha focos de distração. O domicílio é considerado um espaço adequado:

“Apenas é necessário um pequeno espaço para que o utente sinta que a sua privacidade é respeitada, quando o mesmo o exige.” (A1)

“O espaço domiciliário foi o adequado para a concretização das respostas dos idosos.” (B5)

Ainda refletindo sobre a *exequibilidade* surgem dados que respeitam especificamente às “perguntas e respostas”. *Esta questão abre caminho à discussão sobre quem é que deve preencher o EASYCare. A recomendação é que o EASYCare seja administrado no estilo de uma conversação estruturada (<http://www.easycareproject.org/the-easycare-instruments.html>) e as respostas registadas pelo profissional ou investigador. No entanto, 3 peritos mostram que tal procedimento não acontece. Quando o registo é feito pela pessoa idosa, parece levantar especiais dificuldades, como se pode observar no comentário do perito B3:*

“Instrumento com perguntas abertas que exige alguma empatia com a pessoa idosa para se sentir à vontade para responder. Quando preenche sozinha deixa estes campos em branco. Generalidade das pessoas idosas vivem sozinhas e não consegue preencher algumas das perguntas abertas.” (B3)

Um dos peritos considera que uma das vantagens do EASYCare é o de não exigir que as pessoas idosas escrevam:

“Este instrumento é bastante exequível, uma vez que as perguntas são colocadas ao participante, sem que este tenha a obrigatoriedade da escrita manual no inquérito, pois essa função remete-se ao profissional.” (A1)

Ainda no que diz respeito à *exequibilidade*, faz-se aqui uma referência à especificidade da aplicação do EASYCare em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (apenas um dos peritos aplicou o EASYCare nesse contexto). A utilização em UCCI é percebida, por 1 perito como pouco adequada:

“Apliquei em contexto de internamento de Unidades de Cuidados Continuados Integrados, a pessoas com bastantes necessidades e limitações, o que ocupou bastante tempo na sua aplicação, devido à dimensão do mesmo, e também ao facto de algumas questões não se adequarem ao contexto.” (A2)

No que se refere à compreensão dos conteúdos e das perguntas constantes do EASYCare, ou seja, a sua *clareza*, não se regista unanimidade nas respostas. Assim, oito peritos consideraram o EASYCare explícito e compreensível:

“Os conteúdos são claros e específicos [...]” (A1)

“Os conteúdos não representam qualquer problema.” (B7)

No entanto, 6 peritos sugerem dificuldades e fazem sugestões de melhoria:

“Este instrumento apenas deveria ser aplicado por profissionais e sob orientação de um glossário de definições. Por ex. ‘Sente-se seguro dentro da sua casa?’ Seguro por medo de ser assaltado/ isolado/ estar sozinho ou seguro por habitação apresentar vários locais prováveis de acidentes?”

(B3)

“Os itens que geraram mais indefinição foram o 4.1 e 4.2. Cada utente teve a sua interpretação de segurança (medo de cair, medo de ser assalto, etc.)”

(B10)

No que respeita às *potencialidades* do EASYCare destaca-se a “identificação de necessidades, capacidades, qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas”. Dez peritos salientam as virtualidades do instrumento, para uma abordagem diagnóstica inicial à pessoa idosa:

“O EASYCare identifica com especificidade os diferentes parâmetros das necessidades humanas fundamentais da população desta faixa etária, uma vez que submete um tópico para cada necessidade que destaca as dificuldades associadas ao envelhecimento.” (A1)

“Recolha de informação pertinente para a construção de diagnósticos de enfermagem e elaboração de um plano de intervenção em conformidade com as necessidades encontradas.” (B5)

Relativamente às *potencialidades* do EASYCare na “prevenção de doença”, cerca de metade dos peritos considera que o EASYCare tem potencialidades no domínio da prevenção de doenças, como a seguir se exemplifica:

“A informação prestada aquando a aplicação do questionário pode favorecer o reforço de medidas preventivas no utente. Aliás considero este papel fulcral na aplicação do questionário.” (B4)

As potencialidades respeitantes à triagem de doenças e situações de saúde parecem assumir algum consenso como se pode observar em algumas respostas:

“Verificou-se que a maioria dos idosos apresentavam a Escala Geriátrica de Depressão com valores elevados e que eles próprios não o percecionavam. Outros idosos descreveram uma situação que consideravam normal e que lhe foi explicado que o correto era dirigir-se à sua unidade de saúde para resolver a situação.” (B3)

“Permitiu observar outras necessidades/situações de saúde e/ou doença em utentes que não recorrem aos serviços de saúde, sendo que nesses casos, caso necessário, houve encaminhamento para outros técnicos.” (B6)

O impacto do EASYCare é destacado por 6 peritos. Da sua narrativa sobressai o impacto em relação ao diagnóstico inicial e consequentemente ao encaminhamento para outros profissionais e, ainda em relação à alteração de comportamentos, o que parece um reforço das funções preventivas referidas anteriormente:

“Em contexto de enfermagem e como instrumento de recolha de dados foi significativo para podermos validar informações transmitidas, percecionadas e reais – assim articulando com médico e enfermeiro de família para futura intervenção.” (B10)

“Após a aplicação do questionário alertei alguns médicos de família da necessidade de agendarem consultas para alguns utentes.” (B4)

“Alteração de comportamentos, nomeadamente no risco de quedas.” (B1)

Três peritos indicam algumas lacunas do EASYCare. Estas prendem-se, sobretudo, com um aspeto que já foi indicado na categoria *exequibilidade*, nomeadamente nas dificuldades do entendimento do questionário, sobretudo se é preenchido pela pessoa idosa:

“O maior constrangimento na aplicação do questionário é o facto de o utente recusar-se a ser o próprio a preencher alegando dificuldades em termos de escrita e até de entendimento de algumas questões.” (B4)

No que respeita às *necessidades sentidas decorrentes da aplicação do EASYCare*, foram identificadas três questões essenciais: i) “necessidade de informação complementar”; ii) “necessidade de mais tempo para as consultas e atendimentos”; iii) “necessidade de mais meios, em especial para responder às carências que as pessoas idosas apresentam”. A primeira questão está relacionada com o facto do EASYCare se caracterizar como um instrumento indicado para triagem e diagnóstico inicial, para posterior encaminhamento ou aprofundamento do diagnóstico, caso necessário. Este entendimento parece ser, igualmente, um reconhecimento, pelos peritos, das virtudes do instrumento, no sentido de permitir um olhar mais aprofundado relativamente ao utente. Os peritos afirmam:

“Sinto a necessidade de aplicação de outros instrumentos de medida complementares, nomeadamente no âmbito da minha área de intervenção (avaliações objetiva física e funcional).” (A3)

“Com a aplicação deste instrumento sinto a necessidade de observar com mais pormenor o registo do historial clínico do mesmo. Pois com a pressão do SNS e os pouco profissionais remetentes ao serviço, nem reparam em fatores/acidentes com danos psicológicos que o utente possui e que são fundamentais também, para evitar doenças de maior impacto na qualidade de vida.” (A1)

A necessidade de mais tempo é uma questão que surge, nos discursos de 2 peritos:

“Necessidade de maior número de horas para trabalhar com a comunidade e os utentes, no seu domicílio.” (B1)

“Maior disponibilidade para desenvolver de uma forma mais sistemática este tipo de projetos, pois têm vantagens para acompanhamento e conhecimento da situação social e clínica do utente.” (B4)

Por último, agora refletindo sobre as *necessidades sentidas durante a aplicação do EASYCare*, destaca-se a questão dos “meios necessários” e que por vezes, estão indisponíveis. Este aspeto parece sugerir potencialidades do instrumento na medida em que este pode abrir caminho à introdução de alterações, nomeadamente na residência das pessoas idosas, como fica claro da unidade de registo seguinte:

“Necessidade de alteração dos meios de prevenção de acidentes, nomeadamente: barras de apoio, detetores de incêndios [...]” (B1)

Quanto à *aceitabilidade do EASYCare por parte das pessoas idosas*, verifica-se, que do ponto de vista de 12 peritos, o EASYCare é, em geral, bem aceite:

“Sim, aceitaram bastante bem, e inclusive gostaram e interessaram-se pelo mesmo.” (A2)

“Sim, há boa aceitação e muitos referiram que a aplicação do instrumento poderia ser benéfica e levar a melhorias na sua condição de saúde/doença.” (B6)

Apesar da aceitabilidade por parte das pessoas idosas parecer ser a norma, na narrativa de 4 peritos salientam-se alguns aspetos menos positivos:

“[...] porém aquando a assinatura do consentimento informado eles sentiam bastante desconfiança, sobretudo devido às “burlas” como referiram através das assinaturas, mesmo após a explicação específica do estudo. Contudo, a partir da atitude do utente foi-se ajustando estratégias para que o mesmo se sentisse confortável para a participação no inquérito.” (A1)

“A maior parte não quer registar pormenores sobre si, histórias de vida, etc e não quer dizer nada sobre o motivo da avaliação.” (B5)

No que concerne a *sugestões de melhoria*, sobressaem aspetos ligados ao “tempo de aplicação do EASYCare”, à “clarificação de algumas perguntas”, à “necessidade de formação” e ao “desenvolvimento de um aplicativo para registo dos dados e cálculo dos scores”, como a seguir se exemplifica:

“Reduzir o questionário.” (B1)

“Necessidade da existência de uma escala de dor mais precisa para a expressão da mesma (os idosos têm dificuldade em adequar o seu grau de dor às opções sugeridas).” (B5)

“Apesar de algumas perguntas serem subjetivas, poderá induzir em erro a quem não conheça a situação do utente. Em alguns casos, as condições habitacionais são descritas como ‘boa’ e verifica-se que a habitação tem graves problemas de humidade, iluminação, etc., mas os utentes nunca conheceram outra realidade, outra casa.” (B6)

“Formação para aplicação do questionário.” (B1)

“Considero essencial um aplicativo, pode ser mesmo um Excel que permita conclusão imediata dos scores e das escalas.” (B10)

8.4 – Consenso na aceitabilidade do EASYCare

As respostas de tipo neutro ou “indeciso” reduzem a capacidade de interpretar os dados (Fortin, 2009, p.389) e dificultam a interpretação sobre o sentido da opinião dos peritos (positivo vs negativo). Assim, de modo a facilitar a interpretação sobre a concordância dos peritos nas diferentes questões, na análise foram retiradas as categorias “não concordo nem discordo” e “não sabe/não responde”, o que deu origem a um número mais restrito de respostas, consideradas válidas, em cada opção.

Pode observar-se na Tabela 6, as proporções de concordância obtida em todas as questões recolhidas na Ronda 2. Obteve-se consenso em 31 (93,9%) itens apresentados ao grupo de peritos. Destes, em 43% dos itens obteve-se “consenso por unanimidade” e em 51% dos itens “consenso por maioria”.

Todos os peritos, nas respostas válidas, consideram: *i)* o EASYCare explícito e compreensível, tendo sido entanto, identificadas algumas dificuldades de compreensão do instrumento, por parte das pessoas idosas; *ii)* em algumas perguntas de resposta fechada, os utentes têm dificuldades na escolha da opção mais adequada; *iii)* as pessoas idosas respondem com dificuldade ao EASYCare, quando não são auxiliados por um profissional. No que diz respeito ao tempo de aplicação do EASYCare, 62,5% consideram que é demasiado demorado, contudo 60% considera que o tempo de aplicação é adequado.

Em relação à possibilidade do EASYCare fazer a triagem precoce de algumas doenças, situações de saúde e/ou sociais, os resultados são bastante consensuais, nomeadamente os itens seguintes, que obtiveram 100% de concordância: *i)* é uma ferramenta válida para a sinalização e/ou encaminhamento de utentes para uma avaliação mais exhaustiva; *ii)* é útil e importante para conhecer com mais detalhe as pessoas e as suas necessidades; *iii)* permite a recolha de informação pertinente para a elaboração de diagnósticos (de saúde e/ou sociais) e elaboração de um plano de intervenção em conformidade com as necessidades encontradas; *iv)* permite identificar necessidades dos utentes.

Da Ronda 2 resultam, ainda, algumas sugestões de melhoria, nomeadamente: *i)* melhor definição de alguns termos (83,3%); *ii)* reformulação dos conceitos relativos a aspetos temporais e *iii)* apresentar hipóteses de resposta mais variada, no que diz respeito à questão sobre a dor (Q. 7.6) (100%).

Apenas dois itens não obtiveram consenso, nomeadamente: “todos os conceitos, utilizados no EASYCare, são bem compreendidos” e “os conceitos relacionados com os acidentes da bexiga (Q. 2.11) e dos intestinos (Q. 2.12) deveriam ser reformulados”.

Tabela 6 - Concordância obtida pelos doze peritos na Ronda 2

Dimensões de Análise (Ronda1)	Itens de Resposta (Ronda 2)	n (%)
Clareza	As perguntas abertas são muito importantes para clarificar as perguntas fechadas.	8 (88,9)
	Considero o EASYCare explícito e compreensível.	9 (100,0)
	Considero que as perguntas do EASYCare são muito objetivas.	4 (83,3)
	Em algumas perguntas de resposta fechada, os utentes têm dificuldades na escolha da opção mais adequada.	6 (100,0)
	No que diz respeito às perguntas, estas são facilmente compreendidas por mim.	11 (100,0)
	No que diz respeito às perguntas, penso que estas são facilmente compreendidas pelos utentes.	5 (62,5)
	Os utentes respondem com dificuldade ao EASYCare, quando não são auxiliados por um profissional.	5 (62,5)
	Os utentes, em geral, consideram o EASYCare explícito e compreensível.	4 (66,7)
	Todos os conceitos, utilizados no EASYCare, são bem compreendidos.	4 (50,0)
	A aplicação do EASYCare não causa desconfiança aos utentes.	9 (90,0)
Exequibilidade	A aplicação do EASYCare é demasiado demorada.	5 (62,5)
	Aplicar o EASYCare, com apoio ou na presença de um cuidador informal, pode ser importante.	11 (100,0)
	O EASYCare deve ser aplicado num espaço que possibilite a privacidade dos utentes.	11 (100,0)
	O EASYCare tem boa aceitação por parte dos utentes.	11 (100,0)
	O tempo necessário para a aplicação do EASYCare é adequado.	6 (60,0)
	Pude verificar que o utente ficava incomodado pela demora no preenchimento, porque tinha tarefas domésticas ou familiares para fazer.	4 (80,0)
	Pude verificar que o utente não ficava incomodado pela demora no preenchimento, porque se encontrava em situação de espera da consulta prevista e com receio de a perder	7 (87,5)
	Quando solicitada, a assinatura do consentimento informado pelo utente, não constituiu	7(63,6)

	momento sensível.	
Necessidades decorrentes da aplicação do EASYCare	A disponibilização de um aplicativo (ex. <i>excel</i>) para a colocação de respostas com cotação imediata dos scores das escalas é indispensável.	8 (88,9)
	Gostava de obter mais esclarecimentos acerca do EASYCare no formato de uma ação de formação ou seminário.	9 (100,0)
Possibilidade de fazer a triagem precoce de algumas doenças, situações de saúde e/ou sociais	O EASYCare é uma ferramenta válida para a sinalização e/ou encaminhamento de utentes para uma avaliação mais exaustiva.	10 (100,0)
	O EASYCare é útil e importante para conhecer com mais detalhe as pessoas e as suas necessidades.	11 (100,0)
	O EASYCare permite a recolha de informação pertinente para a elaboração de diagnósticos (de saúde e/ou sociais) e elaboração de um plano de intervenção em conformidade com as necessidades encontradas.	11 (100,0)
	O EASYCare não permite a triagem de algumas doenças	5 (55,6)
	O EASYCare permite caraterizar a qualidade de vida das pessoas idosas.	11 (100,0)
	O EASYCare permite identificar necessidades dos utentes.	11 (100,0)
Prevenção de doenças	O EASYCare permite identificar riscos para a saúde das pessoas idosas.	10 (90,1)
	O EASYCare tem potencialidades no que respeita à prevenção de algumas doenças.	3 (75,0)
Sugestões de melhoria	Alguns termos, usados no EASYCare, deveriam ser melhor definidos.	5 (83,3)
	As perguntas abertas não deveriam ser retiradas do EASYCare.	9 (81,8)
	Os conceitos relacionados com os acidentes da bexiga (Q. 2.11) e dos intestinos (Q. 2.12) deveriam ser reformulados.	4 (50,0)
	Os conceitos relativos a aspetos temporais deveriam ser reformulados.	7 (100,0)
	Relativamente à questão sobre a "dor" (Q.7.6) é importante acrescentar hipóteses de resposta mais variada, nomeadamente, frequência, intensidade e características.	9 (100,0)

8.5 - Alterações propostas pelos participantes

Na Ronda 2, dois dos itens de resposta foram acompanhados de uma pergunta aberta para melhor esclarecimento dos dados. Passa-se a apresentar a informação recolhida, nas perguntas referidas. Assim, em relação ao item “alguns termos, usados no EASYCare deveriam ser melhor definidos”, era solicitado que em caso de assinalarem a opção “concordo” ou “concordo fortemente”, os peritos indicassem quais os termos que encontram nessa condição. Recorde-se que este item foi consensual (83,3%), tendo sido apresentados pelos peritos, sugestões de melhoria nas questões: *i*) Q.4 (sugere-se um melhor esclarecimento do termo “segurança”); *ii*) Q.5.1 (sugere-se um melhor esclarecimento da designação “local de residência”, no sentido de esclarecer se se trata da “casa” ou da “localização geográfica”); *iii*) Q. 6.5 (sugere-se esclarecimento acerca do termo “recentemente”, no sentido de elucidar um intervalo de tempo concreto) e *iv*) Q. 6.7 (uma vez que em Portugal, na maioria dos casos é o enfermeiro que verifica o boletim de vacinação, sugere-se a inclusão do “enfermeiro” nessa questão: "Já verificou com o seu médico/enfermeiro assistente se a sua vacinação está em dia?").

Relativamente ao item “em algumas perguntas de resposta fechada, os utentes têm dificuldades na escolha da opção mais adequada”, foi, igualmente solicitado que, em caso de concordância, os peritos indicassem quais as perguntas a que se referem. Recorde-se que este item foi consensual (100%), tendo sido apresentados pelos participantes, as seguintes sugestões de melhoria; *i*) Q. 4 (sugere-se um nível na escala (dicotómica) de segurança; *ii*) Q.6.2 (sugere-se a inclusão da opção "a falar", nas situações em que a pessoa idosa se sente com falta de ar); Q. 2.11 (sugere-se a inclusão de uma opção para “incontinência de esforço”; *iii*) Q. 7.6 (sugere-se inclusão de pergunta referente à frequência, intensidade e natureza das dores).

9- Discussão

Através da técnica *Delphi*, este estudo mostra que o instrumento EASYCare Standard (2010) é aceite por maioria e até por unanimidade, a partir de um grupo nacional de peritos que o aplicam, na maior parte dos aspetos questionados em contexto de cuidados de saúde primários em todas as NUTs II de Portugal Continental. Acresce que se pode falar de uma dupla aceitabilidade, ou seja, o instrumento é aceite, quer pelos profissionais e investigadores que o aplicam, quer pelas pessoas idosas, na opinião dos peritos. O estudo mostrou ainda aspetos a melhorar e clarificou a evidência da utilidade pública do EASYCare no SNS.

Importa ainda destacar que bastaram duas Rondas para se chegar ao consenso, o que demonstra que a obtenção do mesmo foi um processo relativamente fácil de conseguir. Por outro lado, salienta-se que o elevado grau de concordância em 31 itens (93,9%) confere validade ao consenso como referem alguns autores (Magarinos-Torres, Osório-de-Castro, & Pepe, 2007).

Neste estudo, os peritos ajudaram a esclarecer a clareza, a exequibilidade, as necessidades, potencialidades e sugestões de melhoria decorrentes da aplicação do instrumento EASYCare Standard (2010) sendo que, os aspetos cujos consensos se situam abaixo ou igual a 50%, representam áreas de investigação futura importantes.

Discussão relativa a cada dimensão de análise

i) Clareza

No que respeita à clareza e ao nível de compreensão dos conteúdos do EASYCare, todos os peritos consideraram o EASYCare explícito e compreensível. Esta evidência vem corroborar o mesmo resultado obtido no estudo internacional de Philip e colaboradores (2014).

Face às recomendações de preenchimento, era expectável que a maioria dos peritos considerasse que os utentes respondem com dificuldade ao EASYCare, quando não são auxiliados por um profissional. Deste modo, foi consensual que, em algumas perguntas de resposta fechada, os utentes têm dificuldades na interpretação das várias opções fornecidas para a escolha mais adequada. Este dado, vem reforçar os pressupostos da aplicação do EASYCare, dado que não corresponde a um formato de questionário *tradicional* antes respeita um estilo de conversação estruturada e por isso, é relevante que sejam os profissionais (ou investigadores) a preenche-lo

(<http://www.easycareproject.org/the-easycare-instruments.html>). Só assim, se garante que a qualidade da informação recolhida é adequada para a realização de um diagnóstico precoce correto assim como uma maior uniformização na aplicação do instrumento.

Aplicar o EASYCare com apoio ou na presença de um cuidador informal, observou-se ser importante, como mostram os resultados (100% de concordância). O cuidador informal poderá ser uma garantia adicional da qualidade da informação recolhida.

ii) Exequibilidade

Os resultados mostram que do ponto de vista dos peritos, a aplicação do EASYCare é perfeitamente exequível no SNS, em especial em cuidados primários e na comunidade. Este aspeto, vai, não só, ao encontro do que a investigação internacional têm mostrado (Olde-Rikkert et al., 2013; Philip et al., 2014), como corresponde, aos objetivos definidos para o EASYCare (Philp, 2000).

Um dos aspetos que se considera central, relativamente à exequibilidade, é a elevada aceitação do instrumento pelas pessoas idosas, tal como os peritos deste estudo avaliam (100%) e a elevada confiança, das pessoas idosas, em relação ao mesmo instrumento (90%). Este aspeto, referente à aceitação do instrumento pelas pessoas idosas, é de grande importância, porque irá influenciar se respondem de forma mais interessada, procurando dar respostas mais harmonizadas com o que de facto sentem, ou se pelo contrário, respondem de forma menos empenhada e sem prestar todas as informações solicitadas. Em última instância, uma eventual desconfiança poderia levar à recusa em responder ou em assinar o termo de consentimento. No entanto, no que diz respeito à assinatura do termo de consentimento, esta não levanta grandes dificuldades, como indica a maioria dos peritos respondentes. Internacionalmente, o EASYCare Standard (2010) tem sido, igualmente, avaliado de forma positiva, mesmo quando se questiona diretamente as pessoas idosas (Philip et al., 2014). No estudo internacional de Philip e colaboradores (2014), quando questionadas se recomendariam o EASYCare a outros, todas as pessoas idosas, da amostra, referiram que sim. Apesar de no estudo, que aqui se apresenta, esta questão da aceitação, pelas pessoas idosas estar mediada pela perceção dos profissionais, os resultados parecem ser bastante robustos (no sentido da elevada concordância) e alinhados com o que a investigação internacional tem revelado (Philip et al., 2014).

No que diz respeito à exequibilidade da aplicação do EASYCare no SNS, salienta-se, ainda, o tempo necessário para a sua aplicação. Apesar de 60% dos peritos considerarem que o tempo de aplicação é adequado, não se pode ignorar que, numa proporção idêntica (62,5%), os peritos consideram a sua aplicação demorada. Estes resultados parecem indicar que os peritos reconhecem a utilidade do instrumento e nesse sentido, consideram que o tempo necessário para a sua aplicação é adequado. No entanto, alguns fatores levam a que os peritos considerem que, apesar das vantagens do instrumento, a sua aplicação é demorada. A Ronda 1 permitia antever estes dois entendimentos contraditórios, uma vez que nesta surgiram posições opostas. Enquanto que alguns peritos mostravam, de forma clara, que o instrumento “*deveria ser encurtado [...]*” (B1), outros, pelo contrário, defendiam, que a nível de gestão do tempo, o EASYCare “*não coloca qualquer dificuldade*” (B8). Em relação a esta questão, na Ronda 1, alguns peritos preferiram acentuar o contexto de aplicação do instrumento. Assim, um dos peritos salientou que durante a “*aplicação do EASYCare, o utente estava desconfortável com o facto de poder ser chamado [para a consulta]*” (A1) e assim, tinha receio de a perder. O mesmo perito verificou que o “*utente ficava incomodado pela demora no preenchimento, porque tinha tarefas domésticas ou familiares para fazer*” (A1), aspeto que, na Ronda 2, se mostrou consensual (80,0%) entre os respondentes.

Na Ronda 1, outro dos peritos preferiu destacar a “*necessidade de um maior número de horas para trabalhar com a comunidade e os utentes, no seu domicílio*” (B1), o que pode revelar os problemas de gestão de tempo são expressivos. Aliás, esta questão é particularmente pertinente, na medida em que, como se referiu na fase conceptual, o envelhecimento demográfico, atualmente um fenómeno de cariz mundial (Eurostat, 2014), tem levado a uma maior pressão sob os sistemas de saúde (Fletcher et al., 2004). As projeções demográficas indicam que o envelhecimento continuará a intensificar-se (United Nations, 2013), pelo que se pode prever que a pressão sob os sistemas de saúde se acentuará. Este fenómeno irá exigir novas soluções para que os sistemas de saúde respondam de forma eficaz a uma população cada vez mais envelhecida. Ainda na Ronda 1, outro perito salientava que a aplicação se prolongava uma vez que “*o utente a cada questão aproveitava para abordar outros assuntos*” (B4). Segundo, o mesmo perito, “*a maioria são utentes a residirem só, com poucas relações de vizinhança com quem possam ‘desabafar’ e partilhar o seu dia-a-dia*” (B4). Assim, para estes utentes, a aplicação do instrumento mostrava-se como uma oportunidade para

“*desabafos, queixas, preocupações e angústias*” (B4). Estas situações podem ser amplificadas em contexto UCC (onde a maioria dos peritos da amostra têm maior experiência de aplicação do EASYCare). Estas unidades são especialmente direcionadas para quem se encontra em situação de maior vulnerabilidade e risco (Direção Geral da Saúde, 2002). A literatura mostra, que a quebra de laços profissionais e sociais que ocorre, muitas vezes, em consequência da alteração de papéis sociais decorrente do envelhecimento, coloca as pessoas idosas em situação de vulnerabilidade e isolamento (Fernandez-Ballesteros, 2013; Lima, 2010; Simões; 2006a; Veloso, 2007). Deverá questionar-se se é este o problema quando os peritos referem a demora na aplicação.

A questão da demora na aplicação do EASYCare poderá, ainda dever-se à tipologia do instrumento EASYCare, na medida em que a conversação estruturada é uma das suas características. O EASYCare é constituído por uma proporção considerável de perguntas abertas, que surgem individualmente ou como complemento às perguntas fechadas, o que pode aumentar o tempo necessário para a sua aplicação (Anexo 1).

Face aos constrangimentos que os peritos encontram na gestão do tempo, nomeadamente nos cuidados na comunidade, será de equacionar a necessidade de reduzir a dimensão do EASYCare. Recorde-se que aquando a elaboração das primeiras versões do EASYCare, Ian Philip (1997) defendeu que a sua aplicação não devia exceder os 30 minutos. No entanto, o perito B4 indicou que a aplicação do instrumento, demora cerca de uma hora.

Esta questão do tempo de aplicação não anula as referidas vantagens decorrentes da aplicação do EASYCare e que podem explicar que maioritariamente os peritos considerem o tempo de aplicação adequado. Entre estas, pode-se destacar o facto de permitir recolher informação pertinente para a elaboração de diagnósticos e permitir identificar necessidades das pessoas idosas (Philip et al., 2014).

iii) Necessidades decorrentes da aplicação do EASYCare

No que respeita às necessidades decorrentes da aplicação do EASYCare, salienta-se a concordância de 88,9% dos peritos na Ronda 2 sobre a necessidade de um aplicativo digital para registo das respostas, e cálculo imediato dos *scores*. Este aspeto é curioso, na medida em que a equipa internacional do EASYCare, tem defendido que este instrumento não tem o objetivo de avaliar *scores*. O que se pretende com o

EASYCare é fazer uma avaliação inicial e desse ponto de vista, não faz sentido haver pontos de corte, uma vez que qualquer valor encontrado, ainda que mínimo, é sinónimo de risco. Assim, a partir de um único valor (*score*) tudo tem importância e exige a elaboração de um plano de intervenção adequado para solucionar o problema identificado, a cada uma das pessoas visadas. A importância do EASYCare, para a prevenção da dependência e identificação do risco de incapacidade, acentua-se na medida em que devem ser feitas reavaliações periódicas que permitam verificar se os parâmetros que indicavam risco foram corrigidos.

Ainda no que concerne às necessidades sentidas, é revelador que a maioria dos peritos (onze) admita que gostariam de obter mais esclarecimentos acerca do EASYCare no formato de uma ação de formação ou seminário. Esta questão denota bem, que mesmo quem tem experiência na aplicação do EASYCare sente necessidade de obter informação adicional e de um maior apoio na aplicação do EASYCare. Não se pode deixar de relacionar esta dimensão, com outra anteriormente referida: a gestão do tempo na aplicação do EASYCare. Será de questionar se uma preparação mais sólida, daqueles que aplicam o EASYCare, não iria facilitar a sua aplicação e nesse sentido, tornar a sua aplicação mais rápida? Como já referido, versões anteriores do instrumento foram apoiadas por um manual. Face ao que este estudo indica, a atualização e disseminação desse manual deve ser um aspeto a considerar pelas coordenadoras do EASYCare em Portugal, paralelamente à organização de seminários ou ações de formação.

iv) Possibilidade de fazer a triagem precoce de algumas doenças e situações de saúde e sociais

Na Ronda 2, foi obtida concordância por unanimidade, em todas as respostas válidas, no que concerne à utilidade e importância do EASYCare nomeadamente: *i*) conhecer com mais detalhe as pessoas e as suas necessidades; *ii*) sinalizar e/ou encaminhar os utentes para uma avaliação mais exaustiva; *iii*) identificar necessidades dos utentes; *iv*) caracterizar a qualidade de vida das pessoas idosas; *v*) permitir a recolha de informação pertinente para a elaboração de diagnósticos a fim de elaborar um plano de cuidados. Estes aspetos correspondem aos objetivos definidos para o EASYCare (Philp, 1997; 2000). Desde a sua origem, a equipa que desenvolveu o EASYCare, teve em mente a ideia de criar um instrumento adequado para fornecer uma avaliação simples e padronizada, das necessidades de saúde e de cuidados com base nas

preocupações e prioridades das pessoas idosas (Philp, 1997; 2000; Philip et al., 2014). Contudo, os peritos na sua maioria consideram que o EASYCare não permite a triagem de algumas doenças.

Em relação a este último aspeto, o perito B3 destacou as potencialidades do EASYCare na triagem de doenças relativas à saúde mental, como é o caso da depressão. O perito B3 verificou “*que a maioria dos idosos apresentavam a Escala Geriátrica de Depressão com valores elevados e que eles próprios não o percecionavam*”. Este aspeto pode indiciar que o EASYCare tem potencialidades na triagem precoce de algumas doenças de foro mental, como seja a depressão, o que vai ao encontro das conclusões de estudos anteriores que mostram que o EASYCare tem benefícios na deteção de situações de demências (Olde-Rikkert et al., 2013).

Para além de possibilitar um perfil holístico e, portanto, multidimensional, das necessidades de saúde e de cuidados, o EASYCare foi estruturado para projetar uma resposta personalizada (Philip et al., 2014). Este último aspeto é de particular relevância, uma vez que, como se sabe, na sociedade atual prevalecem imagens estereotipadas acerca das pessoas idosas, das suas necessidades e capacidades (Lima, 2010). Tende-se assim, a ignorar que o envelhecimento é um processo complexo e idiossincrático e que cada pessoa envelhece de forma única e pessoal. Aliás, estas imagens são um dos fatores que contribui para que muitos dos problemas das pessoas idosas não sejam devidamente detetados (Philp et al., 2001; Richardson, 2001). De acordo com a enorme complexidade do processo de envelhecimento e a elevada heterogeneidade das pessoas idosas (variabilidade interindividual, à qual se junta a variabilidade intraindividual), um instrumento que permite uma avaliação global (Dweyer, 2005), permitindo a triagem de algumas doenças e que abre caminho ao desenvolvimento de respostas individualizadas é da maior importância, no sentido de se contribuir para que o envelhecimento se processe de modo mais saudável.

Como se verificou na Ronda 1, alguns dos peritos referiram sentir que as respostas dadas pelas pessoas idosas não correspondiam à avaliação que eles próprios faziam. Este aspeto é interessante e parece mostrar que pode haver situações em que os aspetos que profissional ou investigador, que aplica o EASYCare, detetam como necessidade ou prioridade da pessoa idosa não estão de acordo com o que a pessoa idosa mais valoriza. Como se sabe, um dos objetivos do EASYCare é detetar as necessidades da pessoa idosa para que a partir delas seja definido um plano de cuidados, que responda de forma adequada àquilo que é sentido como necessidade real e premente da

pessoa idosa. No entanto, colocar a tónica naquilo que a pessoa idosa valoriza, poderá por vezes, levar à não sinalização de aspetos que podem ter um forte impacto, na sua saúde e qualidade de vida (veja-se o caso dos sintomas depressivos, referidos por um perito, e que tendem a ser desvalorizados). Apesar desses aspetos poderem constituir uma condicionante da saúde, podem simplesmente não constituir prioridade para a pessoa idosa, tal como afirma o perito B6: *“em alguns casos, as condições habitacionais são descritas como ‘boas’ e verifica-se que a habitação tem graves problemas de humidade, iluminação, etc.”*. As condições habitacionais descritas, como seja o caso da iluminação deficiente pode ter um forte impacto na saúde da pessoa idosa. Veja-se, por exemplo, o caso das quedas que constituem a principal causa de lesão nas pessoas idosas (Amann, 2012). Os fatores de risco, domésticos e ambientais, estão envolvidos em cerca de metade das quedas. E entre estes fatores, a iluminação deficiente, sobretudo se conjugada com outros, como sejam tapetes soltos, mobiliário instável, pavimentos escorregadios, escadas com degraus de tamanho irregular, entre outros, aumentam a vulnerabilidade das pessoas idosas aos acidentes domésticos, nomeadamente as quedas (Amann, 2012). O risco aumenta, se aos fatores ambientais se juntam fatores relativos à saúde da pessoa idosa, como capacidade de visão diminuída, problemas de locomoção ou doenças de foro neurológico (tonturas ao levantar-se, tremores, entre outros) e ainda, determinadas medicações (tranquilizantes, indutores do sono e antidepressivos, entre outros) (Amann, 2012). Apesar do EASYCare colocar no centro a pessoa idosa e a sua própria perceção (sobre as suas necessidades), é como se, mesmo assim, orientasse o olhar do profissional para aspetos, que sendo desvalorizados, pela pessoa idosa, podem ter importância para a sua saúde (como os que foram referidos). Esta observação atenta pode ser potenciada, quer pelo formato de conversa estruturada, que caracteriza o EASYCare, quer pelo apoio (no preenchimento) de cuidadores informais que poderão complementar a informação recolhida. Na literatura internacional não foram encontrados estudos de aceitabilidade do EASYCare que apresentem resultados com referência a estes aspetos.

Saliente-se, ainda, que o EASYCare é particularmente indicado para um diagnóstico inicial, e por isso, muito adequado para ser utilizado nos Cuidados Primários, a porta de entrada no SNS. Poderá, ser especialmente vantajoso, como está demonstrado neste estudo, quando essa aplicação é feita em contexto de cuidados na comunidade.

v) Possibilidade de prevenir doenças

Os peritos consideram que o EASYCare permite identificar riscos para a saúde das pessoas idosas, possibilitando em alguns casos a “*alteração de comportamentos, nomeadamente no risco de quedas*” como refere o perito B1. Segundo os peritos, tem, ainda, potencialidades na prevenção de algumas doenças. Estes dois aspetos vão ao encontro do referenciado na literatura (Olde-Rikkert et al., 2013; Philip et al., 2014). No que se refere à prevenção, relembra-se que esta tem grande importância nos processos de envelhecimento, sobretudo no que respeita ao envelhecimento secundário. Como referido na fase conceitual, o envelhecimento primário (ou normal) é universal e irreversível (Simões, 2006b). Já o envelhecimento secundário (ou patológico) é causado por doenças ou estilos de vida inadequados (Simões, 2006b). O envelhecimento secundário é pois, caracterizado por mudanças que não são universais, nem inevitáveis (Simões, 2006b). É um processo menos previsível do que o envelhecimento normal, na medida em que as medidas preventivas têm um impacto relevante na saúde e bem-estar. Deste modo, pelo seu impacto na prevenção de doenças, o EASYCare pode contribuir para a prevenção do envelhecimento secundário e desse modo, contribuir para que a última etapa de vida se processe de forma mais saudável e com maior qualidade de vida

vi) Sugestões de melhoria

Na Ronda 2, todos os peritos consideram que os conceitos relativos a aspetos temporais deveriam ser reformulados. Este aspeto é elucidado na resposta à pergunta aberta, pelo perito B3: “*‘recentemente’ remete para algum intervalo de tempo em particular?*”. Esta questão evidencia a necessidade de informação mais detalhada sobre o preenchimento do instrumento. Na mesma ronda, maioritariamente, os peritos referem que alguns dos termos usados no EASYCare, deveriam ser melhor definidos. Entre estes termos, destacam-se as questões referentes à saúde mental, à segurança e ao local de residência. Veja-se este último caso, em particular descrito pelo perito B3: “*o “local de residência” remete para a localização geográfica da residência da pessoa, ou para as características do imóvel em si?*”. Na literatura não foram encontrados dados com este grau de especificidade.

É de notar contudo, que quando os itens são apresentados de modo mais geral, como é o caso do item *todos os conceitos, utilizados no EASYCare, são bem compreendidos*, não há consenso, havendo um empate entre o concordo e o discordo, o

que poderá significar que as dificuldades sentidas são pontuais e sentidas, apenas, por alguns dos peritos. Parece reforçar-se a necessidade de maior apoio aos profissionais e investigadores que aplicam o EASYCare. Tratando-se de dificuldades pontuais, a disponibilização de um manual de apoio ou o desenvolvimento de ações de formação deverá ser suficiente para colmatar estas lacunas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Limitações do Estudo

Apesar deste estudo procurar assegurar o máximo rigor metodológico, é importante ponderar eventuais limitações, já que estas são inerentes a qualquer investigação.

Em primeiro lugar, importa refletir sobre a opção pela técnica *Delphi*. Esta técnica apresenta a desvantagem da recolha de dados não ser presencial. Uma situação presencial, como seja um grupo focal ou uma entrevista, permite que o investigador esclareça dúvidas que possam surgir ou mesmo, reformular as perguntas, caso necessário. Apesar desta característica, a técnica *Delphi* tem sido bem aceite, em estudos nos quais é necessário gerar ideias e construir consenso (Oliveira, 2010). Considera-se que as vantagens (como seja o anonimato das respostas e a possibilidade de integrar participantes de uma vasta região geográfica, como foi o caso deste estudo) se sobrepõem aos riscos (Hasson et al., 2000). Ainda em relação à opção pela técnica *Delphi*, como se sabe, a seleção da amostra envolve técnicas não probabilísticas, pelo que, esta não pode ser considerada representativa no conceito da estatística podendo afirmar-se que a generalização dos resultados é limitada (Fortin, 2009). No entanto, este estudo teve em consideração que a qualidade dos resultados de um estudo *Delphi* é fortemente relacionada com a heterogeneidade do painel de peritos (para que nele estejam refletidas diversas sensibilidades sobre o tema) (Hasson et al., 2000; Kleynen, 2014; Zang et al., 2015). Deste modo, o grupo de peritos pode ser descrito como heterogéneo no que respeita: *i*) ao grupo de pertença (profissionais e investigadores); *ii*) às características sociodemográficas (nomeadamente, as variáveis idade, habilitações académicas, tempo de experiência profissional, zona – rural/urbana e região, com participantes provenientes das 5 Nuts II de Portugal Continental) e *iii*) utilização do EASYCare (tempo – maior ou menor experiência, contexto de utilização – CS, UCC, UCCI e ARS – dados recolhidos nas 5 ARS de Portugal Continental).

Relativamente ao número de Rondas desenvolvidas importa questionar se o desenvolvimento de uma terceira ronda teria sido vantajoso. O termo do estudo, após a segunda ronda, baseou-se no facto de apenas 2 dos itens não serem consensuais (“todos os conceitos, utilizados no EASYCare, são bem compreendidos” e “os conceitos relacionados com os acidentes da bexiga (Q. 2.11) e dos intestinos (Q. 2.12) deveriam ser reformulados”). Adicionalmente, a revisão de literatura mostra que a realização de estudos, com duas rondas é bastante comum e não coloca em causa a validade do estudo

(Fletcher & Marchildon, 2014; Kleynen et al., 2014; Lima-Rodríguez et al., 2013; Magnan et al., 2015).

Outra limitação refere-se às respostas neutras (“não concordo nem discordo”), contidas na Ronda 2. Essa ambivalência, sugere que poderia ter sido interessante utilizar uma escala, com um número par de categorias, e portanto, sem um ponto intermédio, como foi o caso da escala de Likert utilizada neste estudo. A opção por uma escala de 4 pontos, (em detrimento da escala de 5 pontos, utilizada), iria, provavelmente, forçar uma opção positiva ou negativa (Fortin, 2009). A opção metodológica baseou-se no que tem sido feito em estudos anteriores, nos quais o recurso à escala de Likert, com um número de categorias ímpar, especialmente de 5 ou 7 pontos, é bastante usual (Lima, 2010; Lima-Rodríguez et al., 2013; van Asselt, 2012; Zevin et al., 2012). Considera-se que a ausência de um ponto intermédio pode colocar em causa a validade do estudo, precisamente, por forçar as respostas (Antcliff, Keeley, Campbell, Oldhamc, & Woby, 2013), o que se procurou evitar, neste estudo.

Implicações e sugestões de estudo seguintes

Este estudo, através da técnica Delphi, demonstrou a elevada aceitabilidade do EASYCare Standard (2010), o que vem reforçar os resultados obtidos por alguns parceiros internacionais. O estudo dá pistas importantes sobre as melhorias necessárias neste instrumento, nomeadamente na terminologia utilizada e nos eventuais meios de apoio que possam ser criados de modo a facilitar a sua utilização.

Não se pode deixar de referir nestas palavras finais que a técnica de *Delphi* se revelou bastante adequada para os objetivos propostos. Esta técnica valorizou a opinião de cada perito. A técnica *Delphi* permitiu que os peritos, conhecedores do EASYCare, propusessem importantes pistas, para que a aplicação do EASYCare seja, ainda, mais consensual e eficaz. Tendo em conta os resultados obtidos, com recurso à técnica *Delphi*, é recomendável a sua aplicação num estudo, que envolva agora os peritos que se encontram nos mais de 40 países envolvidos, na procura da evidência científica para a aplicação global do EASYCare.

Apesar do objetivo deste estudo não se centrar nos utentes, quatro peritos sublinham algumas dificuldades na aceitabilidade do EASYCare pelas pessoas idosas que devem ser exploradas em estudos futuros, nomeadamente: “*A maior parte não quer registar pormenores sobre si, histórias de vida, etc e não quer dizer nada sobre o*

motivo da avaliação” (B5) e ainda dificuldades de compreensão do instrumento no que respeita às várias opções nas perguntas de resposta fechada. Por último, o desafio em termos de aprofundar os estudos de aceitabilidade, será desenvolver investigações, em que se possa envolver as pessoas idosas e porventura os seus cuidadores informais.

Principais Conclusões

Os resultados deste estudo indicam um forte consenso relativamente à aceitabilidade do EASYCare, em cuidados primários e na comunidade.

Os peritos consideram que o EASYCare é entendido como **um instrumento**:

- i) explícito e compreensível (100%);
- ii) com perguntas muito objetivas (83,3%);
- iii) confiável (90%);
- iv) bem aceite pelos utentes (90%);
- v) útil e importante para conhecer com mais detalhe as pessoas idosas e as suas necessidades (100%);
- vi) permite a recolha de informação pertinente para a elaboração de diagnósticos e planos de intervenção (100%);
- vii) permite identificar necessidades das pessoas idosas (100%);
- viii) permite identificar riscos para a saúde das pessoas idosas (90,1%);
- ix) tem potencialidades na prevenção de algumas doenças (75%).

No entanto, os peritos indicam algumas **lacunas**, como sejam:

- i) as perguntas fechadas, com várias alternativas de resposta, são difíceis de responder pelas pessoas idosas (100%);
- ii) é de aplicação demasiado demorada (62,5%);
- iii) não permite a triagem de algumas doenças (55,6%);
- iv) não disponibiliza um aplicativo para cálculo de *scores* 88,9%).

São, ainda indicadas **áreas de melhoria em**:

- i) alguns conceitos que deveriam ser melhor definidos (83,3%);

- ii)* conceitos relativos a aspetos temporais que deveriam ser reformulados (100%);
- iii)* questão relativa à dor que deveria ter hipóteses de resposta mais variada (100%);
- iv)* necessidade de obter mais esclarecimentos acerca do EASYCare no formato de uma ação de formação ou seminário (100%).

REFERÊNCIAS

Referências

- Alizad, V., Fadayevatan, R., Asgari, A., Brandão, M. P., Sousa, L., Cheung, A. C., Ka, C. M. H., Pinar, R., Ergun, A., Saime, E., Gur, K., Kurtulus, Z., Wieczorowska-Tobis, K., Khoo, E.M., & Philp, I. (2013). Global application of use of EASYCare. 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, 23-27 junho, International Association of Gerontology and Geriatrics. *Journal of Nutrition, Health & Aging* 17(1), 75-76.
- Amado, J. D. S. (2009). *Introdução à Investigação Qualitativa em Educação* (texto inédito, não publicado). Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.
- Amann, G. P. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE.
- Antcliff, D., Keeley, P., Campbell, M., Oldhamc, J., & Wobya, S. (2013). The development of an activity pacing questionnaire for chronic pain and/or fatigue: a Delphi technique. *Physiotherapy*, 99, 241–246.
- Ardelt, M. (2000). Intellectual versus wisdom-related knowledge: The case for a different kind of learning in the later years of life. *Educational Gerontology*, 26, 771–789.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barton, M. (2014). Aging and endothelin: Determinants of disease. *Life Sciences*. doi:10.1016/j.lfs.2014.09.009
- Bath, P., & Philp, I. (1998). A Hierarchical classification of dependancy amongst older people. use of artificial neural networks. *Health Care in Later Life*, 3(1), 59–69.
- Biggs, S. (2014). The Promise of a Long Life? Cultural Adaptation to Productive Aging, Spiritual Empathy, and a Sustainable Future. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 26(2-3), 96–108. doi:10.1080/15528030.2013.855964
- Bolzenius, J. D., Laidlaw, D. H., Cabeen, R. P., Conturo, T. E., McMichael, A. R., Lane, E. M. ... Paul, R. H. (2015). Brain structure and cognitive correlates of body mass index in healthy older adults. *Behavioural Brain Research*, 278, 342–347. doi:10.1016/j.bbr.2014.10.010
- Boulton-Lewis, G. M. (2010). Education and Learning for the Elderly: Why, How, What. *Educational Gerontology*, 36(3), 213–228. doi:10.1080/03601270903182877
- Brandão, M. P., & Sousa, L., (2013). Psychometric Properties of the EASYCare Standard 2010 in a Portuguese Population. In *International Istanbul Initiative on Ageing 2013*, International Federation of Ageing, Istanbul, Turkey at the WOW International Convention Center, 4-6 outubro.

- Brandão, M. P., Sousa, L., Philp, I., & Cardoso, M. F. (2011). Self-Reported Dependency Among Portuguese Older People Living in Different Settings: A Cross-Sectional Study In *Eighth World Congress on Long Term Care in Chinese Communities and Asian Ageing Development Conference, Kowloon - Hong Kong*, 24-26 novembro.
- Brandão, M. P., Sousa, L., Philp, I., & Cardoso, M. F. (2013). Self-reported dependency among portuguese older people living in different settings: A cross-sectional study. In International Istanbul Initiative on Ageing 2013. International Federation of Ageing, Istanbul, Turkey at the WOW International Convention Center, 4-6 outubro.
- Brunner, E. J. (2005). Social and biological determinants of cognitive aging. *Neurobiology of Aging*, 26 Suppl 1, 17–20. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2005.09.024
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal. Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Coppédé, F. (2012). Premature aging syndrome. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 724, 317–331. Doi: 10.1007/978-1-4614-0653-2_24
- Corella, D., & Ordovás, J. M. (2014). Aging and cardiovascular diseases: The role of gene-diet interactions. *Ageing Research Reviews*, 18, 53–73. doi:10.1016/j.arr.2014.08.002
- Craig, C., Chadborn, N., Sands, G., Tuomainen, H., Gladman, J., (2015). Systematic review of EASYCare needs assessment for community-dwelling older people. *Age and Ageing*, 0, 1–7. doi: 10.1093/ageing/afv050
- DeCarlo, C., Tuokko, H., Williams, D., Dixon, R., & MacDonald, S. W. S. (2014). BioAge: Toward a multi-determined, mechanistic account of cognitive aging. *Ageing Research Reviews*, 18, 95–105. doi:10.1016/j.arr.2014.09.003
- Direção Geral da Saúde (2002). *Centros de Saúde da Terceira Geração. Manual para a mudança*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa nº 13/DGCG. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional de Saúde 2012-2016. Objetivo para o sistema de saúde – promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida. Retrieved from http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_4_2_Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf
- Direção Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão Resumo*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729.

- Dweyer, S. (2005). Older People and Permanent Care: Whose Decision? *British Journal of Social Work*, 35(7), 1081-1092.
- Eurostat (2012). *Active Ageing and Solidarity between Generations. A Statistical portrait of the European Union 2012*. Luxembourg: European Commission. Retrieved from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF
- Eurostat (2014). *The EU in the world 2014 - A statistical portrait*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2785/48181
- Fadayevatan, R., Alizad, V., Sousa, L., Brandão, M. P., Asgari, A., Sharifi, F., & Philp, I. (2013). Demographic comparison of Iranian and Portuguese older people: results from the EASYCare project. *Journal of Nutrition, Health & Aging* 17(1), 75-76, 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, 23-27 junho - International Association of Gerontology and Geriatrics.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2013). Possibilities and limitations of age. In A. L. Oliveira (Ed.), *Promoting conscious active learning and aging. How to face current and future challenges?* (pp. 25–74). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi:doi.org/10.14195/978-989-26-0732-0
- Ferreira-Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal 1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 65–77.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2000). *Guia de utilização do EASYcare, alguns aspetos fundamentais (documento policopiado elaborado no âmbito do Projecto GATT – Geriatric Assessment Technological Training)*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Fletcher, A., Price, G., Stirling, S., Bulpitt, C., Breeze, E., Nunes, M., Jones, D., Latif, N., Vickers, M., & Tulloch, A. (2004). Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice. *Lancet*, 6-12, 1641-1642.
- Fletcher, A. J., & Marchildon, G. P. (2014). Using the Delphi Method for Qualitative , Participatory Action Research in Health Leadership. *International Journal of Qualitative Methods*, 13, 1–18.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Giovanella, L., & Fleury, S. (1996). Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: C. Eibenschutz (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado* (177-198). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gonçalves, C. D., & Oliveira, A. L. (2011). Sabedoria e Educação – um estudo com adultos da universidade sénior. In L. Alcoforado, J. A. G. Ferreira, A. G. Ferreira, M. P. Lima, C. Viera, A. L. Oliveira, & S. M. Ferreira (Eds.), *Educação e Formação de Adultos - políticas, práticas e investigação* (pp. 245–254). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0228-8_21

- Gonçalves, C. D., & Oliveira, A. L. (2013). Reflections from a study about wisdom with students from a senior university. In A. L. Oliveira (Ed.), *Promoting conscious and active learning and aging: How to face current and future challenges* (pp. 113–128). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0732-0_5
- Guerreiro, M. J. S., Eck, J., Moerel, M., Evers, E. A. T., & Gerven, P. W. M. Van. (2014). Top-down modulation of visual and auditory cortical processing in aging. *Behavioural Brain Research*, 278, 226–234. doi:10.1016/j.bbr.2014.09.049
- Governo (1993). Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de janeiro. Diário da República, nº 12, I série A.
- Haraway, D. (2006). A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late 20th Century. In J. Weiss, J. Nolan, J. Hunsinger, & P. Trifonas (Eds.), *The International Handbook of Virtual Learning Environments* (pp. 117–258). Springer.
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015.
- Hegeman, J. M., de Waal, M. W. M., Comijs, H. C., Kok, R. M., & van der Mast, R. C. (2014). Depression in later life: A more somatic presentation? *Journal of Affective Disorders*, 170C, 196–202. doi:10.1016/j.jad.2014.08.032
- Hsu, C.-C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi Technique : *Practical Assessment , Reseach & Avaluation*, 12(10), 1–8.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Estatísticas demográficas 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210756558&PUBLICACOESmodo=2
- Kim, E. S., Moored, K. D., Giasson, H. L., & Smith, J. (2014). Satisfaction with aging and use of preventive health services. *Preventive Medicine*, 69, 176–180. doi:10.1016/j.ypmed.2014.09.008
- Kleynen, M., Braun, S. M., Bleijlevens, M. H., Lexis, M. A., Rasquin, S. M., Halfens, J., ... Masters, R. S. W. (2014). Using a Delphi technique to seek consensus regarding definitions, descriptions and classification of terms related to implicit and explicit forms of motor learning. *PLoS ONE*, 9(6), 1–11. doi:10.1371/journal.pone.0100227
- Lima, M. M., Simões, A., & Tavares, J. (1997). Percepção da capacidade para aprender ao longo do ciclo de vida - caso dos adultos e dos idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XXXI*(1, 2, 3), 19–34.
- Lima, M. P. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133–145.

- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s) - Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima-Rodríguez, J. S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N., & Dominguez-Sanchez, I. (2013). Content validation of the Self-perception of Family Health Status scale using the Delphi technique. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 595–603.
- Lövdén, M., Köhncke, Y., Laukka, E. J., Kalpouzos, G., Salami, A., Li, T.-Q., ... Bäckman, L. (2014). Changes in perceptual speed and white matter microstructure in the corticospinal tract are associated in very old age. *NeuroImage*, 102P2, 520–530. doi:10.1016/j.neuroimage.2014.08.020
- Lowles, R. V., & Philp, I. (2001). Simple measures for assessing the physical, mental and social functioning of older people. *Generations Review*, 11(2), 12–14.
- Magarinos-Torres, R., Osório-de-Castro, C. G. S., & Pepe, V. L. E. (2007). Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. *Cadenos de Saúde Pública*, 23 (8), 1791-1802.
- Magnan, E. M., Gittelson, R., Bartels, C. M., Johnson, H. M., Pandhi, N., Jacobs, E. a, & Smith, M. A. (2015). Establishing chronic condition concordance and discordance with diabetes: a Delphi study. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–10. doi:10.1186/s12875-015-0253-6
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- McCormick, W. (1999). Assessment made Easy. *Nursing Standard*, 13(22), 1–4.
- Melis, R. J. F., Adang, E., Teerenstra, S., Van Eijken, M., Wimo, A., van Achterberg, T., Vvan de Lisdonk, E. H. & Rikker, M. G. M. O. (2008a). Cost –Effectiveness of a multidisciplinaryintervantion model of community-dwelling frail older people. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A(3), 275–282.
- Melis, R. J. F., Eijken, M. L. J. van, Teerenstra, S., van Achterberg, T., Parker, S. G., Borm, G. F., ... Rikker, M. G. M. O. (2008b). A Randomized Study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare study). *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A(3), 283–290.
- Melis, R. J. F., van Eijken, M. I. J., Borm, G. F., Wensing, M., Adang, E., van de Lisdonk, E. H., ... Olde Rikkert, M. G. M. (2005). The design of the Dutch EASYcare study: a randomised controlled trial on the effectiveness of a problem-based community intervention model for frail elderly people [NCT00105378]. *BMC Health Services Research*, 5, 65. doi:10.1186/1472-6963-5-65
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.

- Novoa, J. M. L., Bouza, J. M., Sarmiento, R., & Núñez, J. F. (2001). Biología del envejecimiento. In J. F. Núñez (eds), *Geriatría desde el principio* (pp. 15–38). Barcelona: Editorial Glosa.
- Okoli, C., & Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42, 15–29. doi:10.1016/j.im.2003.11.002
- Olde-Rikkert, M. G. M., Long, J. F., & Philp, I. (2013). Development and evidence base of a new efficient assessment instrument for international use by nurses in community settings with older people. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1180–1183. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.007
- Oliveira, A. L. (2010). Um olhar de dentro: Perspectivas de professores acerca de necessidades de mudança na escola. *Sísifo, Revista de Ciências de Educação*, (11), 127–138.
- Oliveira, A. L. (2013). A new humanism is needed... the expansion of consciousness and brotherhood are vital. In A. L. Oliveira, C. M. C. Vieira, M. P. de Lima, L. Alcoforado, S. M. Nogueira, & J. A. Ferreira (Eds.), *Promoting conscious active learning and aging. How to face current and future challenges?* (pp. 11–23). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Retrieved from http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/ebook/promoting
- Osorio, A. R. (2007). Os idosos na sociedade atual. In A. R. Osorio & F. C. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção* (pp. 11–46). Lisboa: Horizontes Pedagógicos. Instituto Piaget.
- Philp, K. E., Alizad, V., Oates, A., Donkin, D. B., Pitsillides, C., Syddall, S. P., & Philp, I. (2014). Development of EASYCare, for brief standardized assessment of the health and care needs of older people; with latest information about cross-national acceptability. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1), 42–46. doi:10.1016/j.jamda.2013.09.007
- Philp, I. (1997). Can medical and social assessment be combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(32), 11–13.
- Philp, I. (2000). EASYCare: A systematic approach to the assessment of older people. *Geriatric Medicine*, 30(5), 15–19.
- Philp, I., Newton, P., Mckee, K., Dixon, S., Rowe, G., & Bath, P. (2001). Geriatric assessment in primary care: formulating best practice. *British Journal Community Nursing*, 6(6), 290–295.
- Pinar, R., Ergun, A., Erol, S., Gur, K., Kurtulus, Z., Sert, H., Edogan, Z., & Philp, I., (2013). The EASY-Care Standard: is it suitable for use with Turkish older adults? 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, 23-27 junho, International Association of Gerontology and Geriatrics.

- PORDATA. (2014). *Retrato de Portugal PORDATA, Edição 2014*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retrieved from <http://www.pordata.pt/ebooks/PT2014v201405161300/index.html#p=48>
- René, J., Melis, M., van Eijken, J., Teerenstra, S., van Achterberg, T., Parker, P., Borm, G., van de Lisdonk, H., Wensing, M., & Rikkert, M. (2008). Multidimensional Geriatric Assessment (Dutch EASYcare Study). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63, 283-290.
- Richardson, J. (2001). The EASYCare assessment system and its appropriateness for older people. *Nursing Older People*, 13(7), 15-19.
- Rodrigues, P. F. S., & Pandeirada, J. N. S. (2014). Attention and working memory in elderly: the influence of a distracting environment. *Cognitive Processing*. doi:10.1007/s10339-014-0628-y
- Rubenstein, L. Z. (2004). Comprehensive Geriatric Assessment: From Miracle to Reality. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A(5), 473-477.
- Sanchez, R. M., & Ciconelli, M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 260-268.
- Scarparo, A. F., & Ferraz, C. A. (2007). Auditória em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 302-305.
- Schmidhuber, J., & Shetty, P. (2005). The nutrition transition to 2030. Why developing countries are likely to bear the major burden. In *Seminar of the European Association of Agricultural Economists* (1-26). Retrieved from http://www.fao.org/fileadmin/templates/esa/Global_persepectives/Long_term_papers/JSPStransition.pdf
- Silva, A. M., Rodrigues, C. D. S., Silva, S. M. R., & Witt, R. R. (2009). Utilização da Técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(2), 348-351.
- Simões, A. (2002). Um novo olhar sobre os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36(1, 2 e 3), 559-569.
- Simões, A. (2006a). *A nova velhice. Um novo público a educar*. Porto: Âmbar.
- Simões, A. (2006b). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica*, 42, 25-43.
- Simões, J. A. R. (2008). A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. A visão de um médico católico português. *Acção Médica*, 72(2), 95-106.
- Smith, G. S., Laxton, A. W., Tang-Wai, D. F., McAndrews, M. P., Diaconescu, A. O., Workman, C. I., & Lozano, A. M. (2012). Increased cerebral metabolism after 1 year of deep brain stimulation in Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 69(9), 1141-1148. doi:10.1001/archneurol.2012.590

- Sousa, L., & Figueiredo, D. (2002). Dependence and independence among old persons – realities and myths. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12(03), 269–273. doi:10.1017/S095925980201239X
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2002). EASYCare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*, 26, 10–25.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364–371.
- Stevens, M., Biggs, S., Dixon, J., Tinker, A., & Manthorpe, J. (2013). Interactional perspectives on the mistreatment of older and vulnerable people in long-term care settings. *The British Journal of Sociology*, 64(2), 267–86. doi:10.1111/1468-4446.12017
- Stewart, K., Challis, D., Carpenter, I., & Dickenson, E. (1999). Assessment approaches for older people receiving social care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 147–156.
- Tam, M. (2011). Active ageing, active learning: policy and provision in Hong Kong. *Studies in Continuing Education*, 33(3), 289–299. doi:10.1080/0158037X.2010.515573
- Tyrovoulas, S., Haro, J. M., Mariolis, A., Piscopo, S., Valacchi, G., Tsakountakis, N., ... Panagiotakos, D. (2014). Successful aging, dietary habits and health status of elderly individuals: A k-dimensional approach within the multi-national MEDIS study. *Experimental Gerontology*, 60C, 57–63. doi:10.1016/j.exger.2014.09.010
- United Nations (2007). *Resolution adopted by the General Assembly*. doi:10.1093/oxfordhb/9780199560103.003.0005
- United Nations (2013). *World Population Ageing 2013*. New York: United Nations. Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- van Asselt, D. Z. B., van Bokhorst-de van der Schueren, M. a E., van der Cammen, T. J. M., Disselhorst, L. G. M., Janse, A., Lonterman-Monasch, S., ... Olde Rikkert, M. G. M. (2012). Assessment and treatment of malnutrition in Dutch geriatric practice: consensus through a modified Delphi study. *Age and Ageing*, 41(3), 399–404. doi:10.1093/ageing/afs005
- van Kempen, J. A. L., Schers, H. J., Melis, J. F. & Olde Rikkert, M. (2014). Construct validity and reliability of a two-step tool for the identification of frail older people in primary care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67, 176–183.

- Veloso, E. C. (2007). As universidades da terceira idade em Portugal: um contributo para a análise da sua emergência. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(3), 263–284.
- Viacava, F., Ugá, M. L. D., Porto, S., Laguardia, J., & Moreira, R. S. (2012). Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde : um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 921–934.
- Villeda, S. A., Pambleck, K. E., Middeldopr, J., Castelano, J. M., Mosher, K., Luo, J., ... Wyss-Coray, T. (2014). Young blood reverses age-related impairments in cognitive function and synaptic plasticity in mice. *Nature Medicine*, 20(6), 659–669. doi:10.1038/nm.3569
- Walker, A. (2012). The New Ageism. *The Political Quartely*, 83(4), 812–819. doi:10.1111/j.1467-923X.2012.00000.x
- Wejbrandt, A. (2014). Defining aging in cyborgs: A bio-techno-social definition of aging. *Journal of Aging Studies*, 31, 104–109. doi:10.1016/j.jaging.2014.09.003
- Whalley, L. J., Deary, I. J., Appleton, C. L., & Starr, J. M. (2004). Cognitive reserve and the neurobiology of cognitive aging. *Ageing Research Reviews*, 3(4), 369–382. doi:10.1016/j.arr.2004.05.001
- World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Wright, C. J. T., & Giovinazzo, R. A. (2000). Delphi – uma ferramenta de apoio ao planeamento prospetivo. *Caderno de Pesquisa em Administração*, 01(12), 54–65.
- Xin, G., Shong, L., & Hui, L. (2014). Effect of genetic and non-genetic factors, including aging, on waist circumference and BMI, and inter-indicator differences in risk assessment. *Experimental Gerontology*, 60, 83–86. doi:10.1016/j.exger.2014.10.005
- Zarifis, G. K. (2013). Who is a disadvantaged senior in europe? Main identifiers for assessing efficacy for self-directed learning of the aged and at-risk. In A. L. Oliveira (Ed.), *Promoting conscious and active learning and aging: How to face current and future challenges* (pp. 87–112). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Zang, L., Fan, N., Hai, Y., Lu, S. B., Su, Q. J., Yang, J. C., ... Gao, Y. J. (2015). Using the modified Delphi method to establish a new Chinese clinical consensus of the treatments for cervical radiculopathy. *European Spine Journal*. doi:10.1007/s00586-015-3856-7
- Zevin, B., Levy, J. S., Satava, R. M., & Grantcharov, T. P. (2012). A consensus-based framework for design, validation, and implementation of simulation-based training curricula in surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 215(4), 580–586. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2012.05.035

APÊNDICES

Apêndice 1 – Folha de Respostas 1



Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Universidade de Aveiro

**A técnica *Delphi* na avaliação da aceitabilidade do EASYCare
Standard (2010) em Portugal**

Folhas de Respostas 1

A técnica *Delphi* na avaliação da aceitabilidade do EASYCare Standard (2010) em Portugal

Ronda 1

Este questionário surge no âmbito da dissertação de Mestrado em Gerontologia desenvolvida por Cidália Domingues Gonçalves, aluna da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. O trabalho intitula-se **A técnica *Delphi* na avaliação da aceitabilidade do EASYCare Standard (2010) em Portugal** e tem a orientação científica da Professora Doutora Maria Piedade Brandão, coordenadora do *EASYCare em Portugal*.

Pretende-se com esta investigação avaliar a aceitabilidade do instrumento EASYCare pelos profissionais e investigadores que aplicaram este instrumento no Serviço Nacional de Saúde do continente Português, com experiência na sua aplicação a pessoas idosas portuguesas.

A recolha de dados será efetuada com recurso à técnica *Delphi*. Esta técnica tem como objetivo obter a opinião de um grupo de peritos sobre determinado assunto, através de sucessivas rondas. Deste modo, a recolha de dados, será realizada em ambiente *web* (via correio eletrónico), sendo assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

Nesta ronda solicitamos a resposta a um questionário constituído por três partes (Folha de respostas 1).

Recordamos que tem o direito de não responder a qualquer questão. Contudo, como compreende, a sua participação nesta investigação é da máxima importância.

Parte A – Dados sociodemográficos

Dados Pessoais
1. Género: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
2. Idade: <input type="text"/> <input type="text"/> anos
3. Escolaridade/ Curso
4. Função Desempenhada?
4.1- Há quanto tempo exerce essa função? <input type="text"/> <input type="text"/> anos ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses (resposta em anos ou meses)
5. Tempo de Experiência no Serviço Nacional de Saúde? <input type="text"/> <input type="text"/> anos ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses (resposta em anos ou meses)
6. Tempo de Experiência no trabalho com Pessoas Idosas? <input type="text"/> <input type="text"/> anos ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses (resposta em anos ou meses)
7. Há quanto tempo aplica o EASYCare? <input type="text"/> <input type="text"/> anos ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses (resposta em anos ou meses)
Dados Referentes à Instituição onde exerce funções
8. A Instituição onde exerce funções é do tipo: Hospital <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde Familiar <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde Pública <input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados na Comunidade <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual?
9. A Instituição onde trabalha situa-se em: Ambiente Urbano <input type="checkbox"/> Ambiente Rural <input type="checkbox"/>
10. A Instituição onde trabalha tem <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> utentes inscritos.
11- A Instituição onde trabalha tem <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> utentes com 65 ou mais anos inscritos.

Parte B – Utilização do EASYCare

1. Aplicou, sensivelmente, o EASYCare a quantas pessoas?
2. Local onde passou mais vezes o EASYCare? (assinale uma única resposta) Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?
3. Qual foi o critério que utilizou para recrutar os participantes (assinale todos os que se aplicam) Diabéticos <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos <input type="checkbox"/> Longos períodos de ausência do SNS <input type="checkbox"/> Habitação referenciada como deficiente <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?
4. Qual foi o método que utilizou para selecionar os participantes? Aleatório <input type="checkbox"/> Conveniência (de serviço, de amigos ou familiares) <input type="checkbox"/> Acidental? <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?
5. Os participantes tinham algum problema mental/cognitivo? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Como foi feito esse diagnóstico?
6. Teve alguma ajuda na aplicação do EASYCare? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se respondeu Sim: De quem? Outro profissional <input type="checkbox"/> Cuidador Informal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>

Parte C – Perceções sobre o EASYCare

Para responder às perguntas que se seguem deve considerar a sua experiência na aplicação do instrumento EASYCare a pessoas idosas.

Lembre-se que não há respostas erradas. Responda livremente e complete o mais possível as suas respostas (escreva tudo o que considerar necessário).

- 1- Em que medida considera a aplicação do instrumento EASYCare exequível (tempo, espaço, contexto...)?
- 2- Pronuncie-se quanto à clareza dos conteúdos do instrumento EASYCare.
- 3- Indique potencialidades do instrumento EASYCare na:
 - 3.1 - Identificação das necessidades, capacidades e qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas;
 - 3.2- Possibilidade de prevenir doenças;
 - 3.3- Possibilidade de fazer a triagem de algumas doenças e situações de saúde.
- 4- Descreva o impacto do EASYCare na alteração de alguma situação de doença e/ou de saúde.
- 5- Que necessidades sente decorrentes da aplicação do EASYCare?
- 6- Considera que houve boa aceitação por parte dos utentes (ao nível da colaboração, interesse, participação)?
- 7- Refira outro/s aspeto/s que considere relevantes e/ou sugestões de melhoria.

Apêndice 2 – Folha de Respostas 2



Secção Autónoma de Ciências da Saúde

Universidade de Aveiro

A técnica *Delphi* na avaliação da aceitabilidade do EASYCare Standard (2010) em Portugal

Folhas de Respostas 2

A técnica *Delphi* na avaliação da aceitabilidade do EASYCare Standard (2010) em Portugal

Ronda 2

Este questionário surge no âmbito da dissertação de Mestrado em Gerontologia desenvolvida por Cidália Domingues Gonçalves, aluna da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. O trabalho intitula-se **A técnica *Delphi* na avaliação da aceitabilidade do EASYCare Standard (2010) em Portugal** e tem a orientação científica da Professora Doutora Maria Piedade Brandão, coordenadora do EASYCare em Portugal.

Depois de ter participado na Ronda1, solicitamos a sua participação Ronda 2, aqui apresentada. Nesta Ronda listamos um conjunto de afirmações acerca do EASYCare. Estas afirmações resultam da análise de conteúdo de todas as respostas obtidas na Ronda 1, na qual participaram investigadores e profissionais de todo o país. Nesta etapa é-lhe pedido que leia cuidadosamente cada um dos itens apresentados, referentes ao EASYCare, e classifique, cada um deles, de acordo com a sua opinião e com recurso à escala apresentada.

Recordamos que tem o direito de não responder a qualquer questão. Contudo, como compreenderá, a sua participação nesta investigação é da máxima importância e por isso, esperamos poder continuar a contar com a sua disponibilidade e colaboração.

Classifique cada uma das afirmações seguintes de acordo com a seguinte escala:

1	2	3	4	5	NS/NR
Discordo Fortemente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não Sabe/Não Responde

	1	2	3	4	5	NS /NR
O tempo necessário para a aplicação do EASYCare é adequado.						
A aplicação do EASYCare é demasiado demorada.						
O EASYCare é útil e importante para conhecer com mais detalhe as pessoas e as suas necessidades.						
Pude verificar que o utente ficava incomodado pela demora no preenchimento, porque tinha tarefas domésticas ou familiares para fazer.						
Pude verificar que o utente ficava incomodado pela demora no preenchimento, porque se encontrava em situação de espera da consulta prevista e com receio de a perder.						
O EASYCare deve ser aplicado num espaço que possibilite a privacidade dos utentes.						
Aplicar o EASYCare, com apoio ou na presença de um cuidador informal, pode ser importante.						
No que diz respeito às perguntas, estas são facilmente compreendidas por mim.						
No que diz respeito às perguntas, penso que estas são facilmente compreendidas pelos utentes.						
As perguntas abertas são muito importantes para clarificar as perguntas fechadas.						
As perguntas abertas deveriam ser retiradas do EASYCare.						
Os utentes respondem com dificuldade ao EASYCare, quando não são auxiliados por um profissional.						
Considero o EASYCare explícito e compreensível.						
Os utentes, em geral, consideram o EASYCare explícito e compreensível.						
Considero que as perguntas do EASYCare são muito objetivas.						

Todos os conceitos, utilizados no EASYCare, são bem compreendidos.						
O EASYCare tem boa aceitação por parte dos utentes.						
A aplicação do EASYCare causa desconfiança aos utentes.						
Quando solicitada, a assinatura do consentimento informado pelo utente, é um momento sensível.						
O EASYCare permite identificar necessidades dos utentes.						
O EASYCare permite caraterizar a qualidade de vida das pessoas idosas.						
O EASYCare permite identificar riscos para a saúde das pessoas idosas.						
O EASYCare tem potencialidades no que respeita à prevenção de algumas doenças.						
O EASYCare permite a triagem de algumas doenças.						
O EASYCare é uma ferramenta válida para a sinalização e/ou encaminhamento de utentes para uma avaliação mais exaustiva.						
O EASYCare permite a recolha de informação pertinente para a elaboração de diagnósticos (de saúde e/ou sociais) e elaboração de um plano de intervenção em conformidade com as necessidades encontradas.						
Gostava de obter mais esclarecimentos acerca do EASYCare no formato de uma ação de formação ou seminário.						
A disponibilização de um aplicativo (ex. excel) para a colocação de respostas com cotação imediata dos scores das escalas é indispensável.						
Relativamente à questão sobre a "dor" é importante acrescentar hipóteses de resposta mais variada, nomeadamente, frequência, intensidade e características.						
Os conceitos relacionados com os acidentes da bexiga e dos intestinos deveriam ser reformulados.						
Os conceitos relativos a aspetos temporais deveriam ser reformulados.						

Alguns termos, usados no EASYCare, deveriam ser melhor definidos.
Caso assinale a opção 4 (concordo) ou 5 (concordo muito), indique quais:

Em algumas perguntas de resposta fechada, os utentes têm dificuldades na escolha da opção mais adequada.

Caso assinale a opção 4 (concordo) ou 5 (concordo muito), indique quais:

Muito Obrigada pelas suas respostas!

Apêndice 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seul 2008 e Fortaleza, 2013)

A técnica *Delphi* na avaliação da aceitabilidade do EASYCare Standard (2010) em Portugal

Esta investigação, tem como avaliar a *aceitabilidade* do instrumento EASYCare por quem o aplica no Serviço Nacional de Saúde na sua aplicação a pessoas idosas portuguesas, está sob a orientação académica da Prof. Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão, da Universidade de Aveiro e será desenvolvida por Cidália Domingues Gonçalves, licenciada em Sociologia e estudante do Mestrado em Gerontologia da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Eu, abaixo-assinado,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada e garantido que todos os dados relativos à minha identificação são confidenciais e que será mantido o anonimato. Por isso, consinto que me seja aplicado o método e o inquérito propostos pelo investigador responsável.

Nome completo do participante do estudo:

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

Nome completo da responsável pelo desenvolvimento do estudo:

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

Caso surja alguma dúvida da sua parte, ou queira desistir do estudo, agradecia que contactasse: cidalia.goncalves@ua.pt TM 966861554: mpiedade@ua.pt TM 927992277

Apêndice 4- Matriz da Análise de Conteúdo

Categorias	Sub-Categorias	Indicadores	Quem o refere	Unidades de Registo
Exequibilidade	Tempo	Longo e de aplicação demorada	A1	O EASYCare ainda é bastante extenso como inquérito, apesar de já ser feitas novas adaptações. Pois ao longo da aplicação do mesmo, o utente estava desconfortável com o facto de puder ser chamado para o médico ou enfermeiro e perder o lugar. Sendo que após algum tempo começa-se a notar alguma impaciência.
			A3	É um instrumento bastante extenso, pelo que poderá apresentar constrangimentos temporais.
			B1	Deveria ser encurtado pois é muito extenso e de aplicação morosa.
			B4	Um pouco extenso. Cada questionário levou cerca de 1 hora a ser preenchido pois o utente a cada questão aproveitava para abordar outros assuntos relacionados. A maioria são utentes a residirem só, com poucas relações de vizinhança com quem possam “desabafar” e partilhar o seu dia-a-dia. O papel/função do Assistente Social é aos “olhos” do utente elemento facilitador e “credenciado” para estes “desabafos, queixas, preocupações e angústias”.
		Adequado	B5	Relativamente ao tempo achei que não foi demasiado.
			B6	A aplicação do instrumento não coloca qualquer dificuldade.
			B7	A aplicação do EASYCare não coloca qualquer dificuldade.
			B10	A aplicação demora mais tempo do que a maioria da população tem de disponibilidade para estes instrumentos. Contudo, tornei a situação em registo de consulta de enfermagem e fui acompanhando a colheita de dados globais para o desenvolvimento da própria consulta.
			B8	Não coloca qualquer dificuldade.
			B9	Sem dificuldades.
	Espaço	Pouco exigente em termos de espaço	A1	Apenas é necessário um pequeno espaço para que o utente sinta que a sua privacidade é respeitada, quando o mesmo o exige.
			B5	O espaço domiciliário foi o adequado para a concretização das respostas dos idosos.
			A3	As respostas às perguntas exigem reflexão por parte do inquirido o que leva à necessidade de providenciar um espaço físico sem grandes distrações para o seu preenchimentos.
	Perguntas/respostas	Não adequado a UCCI	A2	Apliquei em contexto de internamento de Unidades de Cuidados Continuados Integrados, a pessoas com bastantes necessidades e limitações, o que ocupou bastante tempo na sua aplicação, devido à dimensão do mesmo, e também ao facto de algumas questões não se adequarem ao contexto.
		Facilidade nas perguntas/respostas	A1	Este instrumento é bastante executável, uma vez que as perguntas são colocadas ao participante, sem que este tenha a obrigatoriedade da escrita manual no inquérito, pois essa função remete-se ao profissional.
			A3	As perguntas fechadas são, de uma forma geral, simples de responder.
			A1	[...] e de fácil explicação por parte do profissional que aplica o instrumento, pois para pessoas mais idosas em que, por vezes, são analfabetos a leitura apenas seria uma barreira.

Clareza	Dificuldade s nas perguntas/respostas	A3	Considero também que o instrumento é de fácil aplicação, pontuação e análise por parte de profissionais que estejam rotinados na aplicação de instrumentos de medida à população idosa.	
		A3	Penso que as perguntas abertas são bastante complexas para a pessoa idosa “média” em Portugal. O baixo nível de literacia/escolaridade (4 ou menos anos na maioria dos casos) leva a que surjam dificuldades na compreensão das perguntas, assim como na produção de respostas que as pessoas idosas considerem satisfatórias. Como tal, a autoadministração fica muitas vezes comprometida. Esta situação leva a que o profissional de saúde/ação social tenha de estar disponível para prestar acompanhamento ao longo de todo o processo. Uma situação difícil de assegurar em muitos serviços de saúde/sociais.	
		B4	Constrangimento: Nenhum utente quis fazer algum registo pois alegam muita dificuldade na expressão escrita.	
		B3	Instrumento com perguntas abertas que exige alguma empatia com o idoso para se sentir à vontade para responder. Quando preenche sozinho deixa estes campos em branco. Generalidade dos idosos vivem sozinhos e não se consegue preencher algumas das perguntas abertas.	
		O EC é claro	A1	Os conteúdos são claros e específicos [...]
			A3	Ainda que esporadicamente existam termos que os inquiridos não compreendem (devido à baixa escolaridade da nossa população idosa), penso que globalmente os conteúdos são apresentados de uma forma clara (perguntas fechadas). As perguntas abertas são talvez as mais complexas para as pessoas idosas.
			B4	É claro.
			B5	A maioria das questões são claras.
			B6	Desde que explicados ao utente alvo da aplicação do questionário os conteúdos não representam problema.
			B8	Quando explicados ao utente os conteúdos não representam problema.
	O EC não é claro	B7	Os conteúdos não representam qualquer problema.	
		B9	Não representam nenhum problema.	
		A2	Algumas questões deveriam estar mais pormenorizadas, para uma maior clareza.	
		B1	A tradução para português não é muito correta e as questões sobre risco de depressão induzem em erro.	
		B3	Os utentes que preencheram o instrumento, referiram dificuldades em compreender algumas perguntas e outros tiveram dificuldade em ler mesmo com a utilização de óculos. Para os utentes a quem nós lemos as perguntas, tivemos que as desdobrar em frases mais simples. Algumas perguntas repetidas e os utentes não entendiam a razão.	
		B3	Este instrumento apenas deveria ser aplicado por profissionais e sob orientação de um glossário de definições. Por ex. “Sente-se seguro dentro da sua casa?” seguro por medo de ser assaltado/ isolado/ estar sozinho ou seguro por habitação apresentar vários locais prováveis de acidentes?	
		B5	As menos claras para os utentes foram as dos conteúdos 8, 9 e relativas ao consentimento.	
		B10	Os itens que geraram mais indefinição foram o 4.1 e 4.2. Cada utente teve a sua interpretação de segurança (medo de cair, medo de ser assalto, etc.)	
		Potencialidades	Identificação de necessidades	Permite identificar necessidades

es capacidade s e qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas	es	A2	Penso que o EASYCare identifica as necessidades físicas dos indivíduos [...]
		B1	Tem potencialidades [...] pois permite verificar pontos e risco.
		B10	Identifica necessidades e capacidades das pessoas idosas.
		B2	Excelente.
		B2	Considerável e pertinente. Permitiu melhor conhecimento dos utentes acompanhados por este Serviço Social e por este Centro de Saúde.
		B5	Recolha de informação pertinente para a construção de diagnósticos de enfermagem e elaboração de um plano de intervenção em conformidade com as necessidades encontradas.
		B6	A aplicação do instrumento veio "descobrir" realidade percecionadas pelos utentes que em termos de visitas anteriores noutro âmbito não havia detetado.
		B7	Permitiu observar outras necessidades/situações de saúde e/ou doença.
	B8	A aplicação Do EASYCare destacou realidades percecionadas pelos utentes.	
	Prevenção de doença	Não permite identificar necessidad es	A2
B3			Todas as pessoas avaliaram as suas capacidades e qualidade de vida num nível superior ao efetivamente usufruído e por nós comprovado.
Prevenção da doença através do histórico		A1	Este instrumento permite o registo de um historial clínico e preciso sobre as patologias que o utente poderá ter, sendo por isso, uma aplicação fundamental para a prevenção de doença, pois é possível o registo e a análise de determinados fatores estudados que levam ao desenvolvimento de doença.
		B1	Tem potencialidades de prevenção de doenças nomeadamente eventos traumáticos e complicações de doenças pré-existentes.
		B2	Permite prevenir doenças.
		B4	A informação prestada aquando a aplicação do questionário pode favorecer o reforço de medidas preventivas no utente. Aliás considero este papel fulcral na aplicação do questionário.
		B6	Nomeadamente no que diz respeito às condições habitacionais, risco de queda, casos de solidão, desenvolvimento de atividades de vida diária com dificuldade, não observáveis noutras abordagens (visita domiciliária de caráter curativo).
		B9	Sim, como nas condições habitacionais, risco de queda, casos de solidão, desenvolvimento de atividades de vida diária com dificuldade, não observáveis noutras abordagens.
		Não previne doenças	B3
B5			Pouca potencialidade para prevenir doenças.
B10	Nesta faixa etária em questão não verifiquei grande impacto a este nível.		
A2	Penso que o instrumento não assume grandes potencialidades neste aspeto. Contudo, o contexto onde o utilizei foi muito específico, os indivíduos já tinham bem definidas as suas doenças.		
Triagem de	Permite a	A1	Com a análise dos resultados obtidos a partir do ESAYCare é possível verificar determinadas doenças comuns, e

	algumas doenças e situações de saúde	triagem de doenças e situações de saúde	A3	sobretudo a situação de saúde do utente, quer a nível físico como psicológico, sendo possível analisar doenças que podem afetar em grande escala esta população, sendo feita uma triagem de modo a colmatar o máximo possível o fator doença, ou o alívio da mesma.
			A3	Ao permitir uma identificação do estado de saúde e funcional auto-percebido fornece informação sobre o declínio funcional do inquirido. Após a análise das áreas de maior risco, pode ser estruturado uma avaliação objetiva que permita delinear planos de intervenção personalizados.
			B2	Penso que o instrumento apresenta essencialmente grande capacidade para triar limitações funcionais auto-percebidas na população idosa. Não considero que tenha grande poder de triagem de doenças per se. As perguntas estão delineadas de forma a apelar aos conhecimentos prévios dos inquiridos têm sobre o seu estado de saúde (diagnósticos médicos, medicações etc). Podemos ter acesso à descrição de novos sintomas/sinais, mas carecem sempre de avaliação complementar.
			B3	Possibilita triagem.
			B4	Verificou-se que a maioria dos idosos apresentavam a Escala Geriátrica de Depressão com valores elevados e que eles próprios não o percecionavam. Outros idosos descreveram uma situação que consideravam normal e que lhe foi explicado que o correto era dirigir-se à sua unidade de saúde para resolver a situação.
			A2	Poderá ser considerada essa hipótese quando aplicado por um profissional que diretamente ministra cuidados de saúde. Conseguimos analisar o grau de dependência dos indivíduos, assim como o seu risco de admissão hospitalar através dos scores fornecidos no final do questionário.
			B5	Muito importante para estas.
			B6	Permitiu observar outras necessidades/situações de saúde e/ou doença em utentes que não recorrem aos serviços de saúde, sendo que nesses casos, caso necessário, houve encaminhamento para outros técnicos.
			B10	Muito bom.
		Insuficiente na triagem de doenças e situações de saúde	A2	[...]Penso que poderá ser útil, mas não suficiente na triagem de situações de saúde.
Impacto	O EC tem impacto	Permite efetuar um diagnóstico inicial	A1	Foi possível verificar e pronunciar com utente a ser inquirido alguns fatores de doença que fossem importantes para o mesmo referir ao médico ou enfermeiro.
			A3	Creio que é uma ferramenta válida para a sinalização/encaminhamento de utentes para uma avaliação mais exaustiva. Como tal, poderá ser o primeiro passo na definição dos problemas daquela pessoa que levará a uma adequada organização/estruturação de respostas no âmbito dos cuidados de saúde e suporte social. Apenas apliquei o instrumento uma vez a cada pessoa idosa, pelo que não tenho perceção real do seu potencial na avaliação/gestão da evolução de uma condição clínica.
			B4	Após a aplicação do questionário alertei alguns médicos de família da necessidade de agendarem consultas para alguns utentes.

Lacunas	Apresenta lacunas	Possibilita a alteração de comportamentos	B6	Houve situações com melhoria do estado de saúde/doença pois foram detetadas necessidades, sendo encaminhadas para outros técnicos de saúde.
			B10	Em contexto de enfermagem e como instrumento de recolha de dados foi significativo para podermos validar informações transmitidas, percecionadas e reais – assim articulando com médico e enfermeiro de família para futura intervenção.
			B1	Alteração de comportamentos, nomeadamente no risco de quedas.
			B4	O maior constrangimento na aplicação do questionário é o facto de o utente recusar-se a ser o próprio a preencher alegando dificuldades ter termos de escrita e até de entendimento de algumas questões.
			B2	Melhor clarificação em termos da tradução.
			A1	Como é um instrumento a ser validado e estudado pela sua eficácia ainda não é possível referir a 100% algum impacto geral para a identificação de situações de doença.
			A1	Com a aplicação deste instrumento sinto a necessidade que observar com mais pormenor o registo do historial clínico do mesmo. Pois com a pressão do SNS e os pouco profissionais remetentes ao serviço, nem reparam em fatores/acontecimentos com danos psicológicos que o utente possui e que são fundamentais também, para evitar doenças de maior impacto na qualidade de vida.
			A3	Sinto a necessidade de aplicação de outros instrumentos de medida complementares, nomeadamente no âmbito da minha área de intervenção (avaliações objetiva física e funcional). Em alguns casos apercebi-me da existência de um desfasamento do relato do inquirido face à observação direta do seu comportamento, por exemplo.
			B10	O tratamento de dados. Tive de construir um Excel para colocação de respostas e cotação imediata, caso contrário seria extremamente demorado e a minha própria adesão não seria a mesma.
			B1	Necessidade de maior número de horas para trabalhar com a comunidade e os utentes, no seu domicílio.
Necessidades sentidas decorrentes da aplicação do EC	Informação	Tempo	B4	Maior disponibilidade para desenvolver de uma forma mais sistemática este tipo de projetos, pois têm vantagens para acompanhamento e conhecimento da situação social e clínica do utente.
			B1	Necessidade de alteração dos meios de prevenção de acidentes, nomeadamente: barras de apoio, detetores de incêndios [...].
			A1	De um modo geral, os utentes colaboraram sem grandes barreiras à aplicação deste instrumento [...].
			A2	Sim, os indivíduos aceitaram bastante bem, e inclusive gostaram e interessaram-se pelo mesmo
			A3	De uma forma geral, sim. A grande maioria é muito cooperante. Valorizam muito a atenção que é-lhes dada através da aplicação do instrumento de medida. Alguns queixam-se da extensão do instrumento/tempo prolongado de aplicação. A iliteracia da saúde saiu claramente evidenciada em muitos casos.
			B4	Tem boa aceitação.
			B1	Sim, tem boa aceitação.
Aceitação do EC por parte dos utentes	Boa aceitação	Tem boa aceitação por parte dos utentes		

Sugestões de melhoria	Fracaceitação	Levanta problemas de confiança	B2	Sim, tem boa aceitação.
			B5	Quanto ao contexto penso que deverá ser mais favorável na 1ª ou 2ª ida ao domicílio do utente pois, mais tardiamente parece despropositado para o mesmo (colocam muitas questões sobre a sua pertinência).
			B5	Colaboraram de imediato mas não percebem o interesse.
			B6	Sim, há boa aceitação e muitos referiram que a aplicação do instrumento poderia ser benéfico e levar a melhorias na sua condição de saúde/doença.
			B7	Boa aceitação.
			B10	Sim, tem boa aceitação.
			B9	Boa aceitação.
			B8	Há boa aceitação. Alguns utentes indicaram que a aplicação do EASYCare poderia ser benéfico, levando a melhorias na sua condição de saúde ou doença.
	Pontuação	Necessidade de criar um sistema de scores	A1	[...] porém aquando a assinatura do consentimento informado eles sentiam bastante desconfiança, sobretudo devido às “burlas” como referiram através das assinaturas, mesmo após a explicação específica do estudo. Contudo, a partir da atitude do utente foi-se ajustando estratégias para que o mesmo se sentisse confortável para a participação no inquérito.
			B3	O instrumento só foi aplicado a idosos conhecidos e por indicação de alguém conhecido e mesmo assim, só após devidamente explicado/ esmiuçado.
			B5	Nas questões relativas ao consentimento não compreendem a necessidade do mesmo.
			B5	A maior parte não quer registar pormenores sobre si, histórias de vida, etc e não quer dizer nada sobre o motivo da avaliação.
			A2	O sistema de pontuações (scores) deveria estar menos confuso e ter uma tabela que definisse concretamente o grau de dependência; risco de admissão hospitalar; e risco de quedas. Estão lá as pontuações, mas pelo menos que eu tivesse acesso, não conheci nenhuma tabela indicativa.
			B1	Reduzir o questionário.
	Dimensão/Duração	Necessidade de reduzir o questionário	B1	Criação de uma base de dados nacional, com acesso aos profissionais de saúde.
			B1	
	Disseminação	Necessidade de um base de dados	B1	
			B1	
	Perguntas	Necessidade de alterar questões	B1	
			A3	Deixo algumas sugestões que derivam de dúvidas que surgiram aquando da aplicação do instrumento. Na pergunta 2.11. "Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?" Considero que seria pertinente incluir uma opção para "incontinência desforço (acidentes ao espirrar, tossir, correr, levantar pesos, rir,etc)". Também incluir uma opção para a utilização de pensos e fraldas. Houve inquiridos que

			<p>disseram que não tinham acidentes, mas depois confirmaram que utilizam pensos. Assumiam que acidentes remetiam apenas para o caso em que houvesse fuga/extravasamento de urina.</p> <p>Pergunta 5.1. "De uma forma geral está satisfeito(a) com o seu local de residência?" O "local de residência" remete para a localização geográfica da residência da pessoa, ou para as características do imóvel em si?</p> <p>Pergunta 6.2. "Fica com falta de ar durante as atividades normais?"</p> <p>Poderia ser incluída uma opção para a dispneia de fonação?</p> <p>Ex: Incluir a opção "A falar"</p> <p>Pergunta 6.5. "A sua tensão arterial foi verificada recentemente?" O "recentemente" remete para algum intervalo de tempo em particular? Houve participantes que perguntaram.</p> <p>Pergunta 6.7. Considerando que em Portugal na maioria dos casos é o enfermeiro que verifica o boletim de vacinação, pensamos que a frase poderia ser modificada para "Já verificou com o seu médico/enfermeiro assistente se a sua vacinação está em dia?"</p> <p>Pergunta 7.2. "De uma forma geral, diria que a sua saúde é: Excelente ? Muito boa ? Boa ? Razoável ? Fraca?". Constatai que apresenta mais opções positivas de resposta do que negativas. Poderia ser acrescentada mais uma opção no espectro negativo (ex: Muito fraca)? Ou retiradas opções?</p> <p>Pergunta 7.5. "Teve alguns problemas em dormir no mês passado?" Poderia ser melhor especificada a janela temporal? Houve participantes que pensaram que "no último mês" remetia literalmente para o mês passado e não para os últimos 30 dias.</p> <p>Sugestão: "Teve alguns problemas em dormir durante o último mês?"</p> <p>Pergunta 7.6. "Teve dores corporais no mês passado?"</p> <p>As categorias apresentadas remetem para a intensidade da dor, certo?</p> <p>Poderia ser também incluída uma pergunta para a frequência e natureza das queixas álgicas (picada, moínha, etc)? Ex: "Com que frequência sente dores corporais?" Todos os dias ? Alguns dias ? Raramente?</p> <p>"Descreveria as suas dores como"? Uma moínha constante? Picadas?</p> <p>B5 As questões "Acerca de si" parecem desnecessárias porque os profissionais de saúde têm acesso à história clínica.</p> <p>B5 Necessidade da existência de uma escala de dor mais precisa para a expressão da mesma (os idosos têm dificuldade em adequar o seu grau de dor às opções sugeridas).</p> <p>B1 Reduzir questões relacionadas com o risco de depressão.</p> <p>B5 Nas questões relacionadas com a segurança (ponto 4) sentem falta de uma opção intermédia (às vezes).</p> <p>As pessoas têm dificuldade em expressar-se livremente quanto às informações adicionais (ponto 8 e 9).</p> <p>B6 Existem algumas questões onde houve dificuldade de optar, por uma das hipóteses: por exemplo as perguntas e G282. G268. Noutras os utentes são capazes de realizar a atividade (2.5 e 2.6), mas são os familiares que as realizam, porque sempre assim foi.</p> <p>Aplicação Necessidad B1 Formação para aplicação do questionário.</p> <p>e de formação</p>
--	--	--	---

Necessidad es de um glossário	B6	Apesar de algumas perguntas serem subjetivas, poderá induzir em erro a quem não conheça a situação do utente. Em alguns casos, as condições habitacionais são descritas como "boa" e verifica-se que a habitação tem graves problemas de humidade, iluminação, etc., mas os utentes nunca conheceram outra realidade, outra casa.
Necessidad e de um aplicativo	B10	Considero essencial um aplicativo, pode ser mesmo um Excel que permita conclusão imediata dos <i>scores</i> e de escalas.

ANEXOS

Anexo 1 – EASYCare Standard (2010)

EASY-Care Standard 2010

Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas

Preenchimento pelo Técnico de Saúde ou de Acção Social

Copyright (2008) University of Sheffield



Acerca da sua avaliação

A sua avaliação proporcionará um registo das suas principais necessidades e prioridades relativamente à saúde e processo de cuidados. Poderá completá-la sozinho ou ter a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se desejar, pode solicitar o envolvimento de um familiar ou amigo no seu preenchimento.

Acerca de si (4 páginas)

No início desta avaliação poderá registar detalhes acerca de si (antecedentes):

- Informação pessoal;
- Biografia;
- Motivo da avaliação;
- História Clínica.

Avaliação das necessidades e das prioridades atuais (10 páginas)

Será questionado, no decorrer da sua avaliação, acerca de:

- Visão, audição e comunicação;
- Cuidar de si (auto-cuidado);
- Mobilidade;
- Segurança;
- Local de residência e finanças;
- Manter-se saudável;
- Saúde mental e bem-estar;
- Outras informações que considere importantes;
- Comentários dos cuidadores (familiares ou amigos).

Depois de completar a sua avaliação será registado um sumário das necessidades e dos problemas identificados, pela ordem de importância que lhes atribuiu, e apresentado o consentimento informado.

Sumário das pontuações (3 páginas)

As respostas às questões do *EASY-Care Standard* podem ser utilizadas para calcular: uma pontuação global de (in)dependência, relativa à necessidade de apoio nas actividades de vida diária (AVD); o risco de falha na prestação de auto-cuidados, que potencia a admissão hospitalar de emergência; e o risco de quedas. Pode ainda ser obtida uma pontuação global por cada um dos sete domínios (visão, audição e comunicação; cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar), sendo que pontuações mais elevadas indicam pior qualidade de vida.



Nº beneficiário:

Outro identificador:

Informação Pessoal

Nome: _____

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____

3. Área de residência: Rural ☐ Urbana ☐

4. Estado civil atual: Casado(a) / União de facto ☐ Separado(a) / Divorciado(a) ☐
Solteiro(a) ☐ Viúvo(a) ☐

5. Anos de educação formal: Não tem ☐ 1-4 anos ☐ 5-11 anos ☐ Mais de 11 anos ☐

6. De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês?

Não chega para as necessidades ☐

É mesmo à justa para as necessidades ☐ Sobra algum dinheiro ☐

7. Com quem vive?

Em casal ☐ Com família alargada ☐ Em instituição ☐ Sozinho ☐ Outra situação ☐
Qual? _____

8. Situação profissional

Desempregado(a) ☐ Doméstica ☐ Estudante ☐ Empregado(a) a tempo inteiro ☐ Empregado(a) a tempo parcial ☐ Pensionista ☐ Reformado(a) ☐

9. Cuida actualmente de alguém? Sim ☐ Não ☐

Informação adicional

10. Tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados? Sim ☐ Não ☐

Informação adicional

Nome do avaliador:

Assinatura

Data

N.º beneficiário:

Outro identificador:

Biografia

Pode registar pormenores sobre si, a sua história de vida, a sua actividade profissional e os seus interesses.

Motivo da avaliação

Na sua opinião, porque acha que esta avaliação está a ser realizada? A resposta às seguintes perguntas pode ser importante. Actualmente, quais são as suas necessidades e preocupações? Há quanto tempo as sente? Como pensa resolvê-las? Que mudanças espera com esta avaliação?

Assinatura

Data

Nº beneficiário:

Outro identificador:

História Clínica

Sumário da condição clínica actual (continue na página seguinte se necessário)

Medicação actual (continue na página seguinte se necessário)

Medicamento	Dose	Frequência	Para que serve o medicamento?

Admissões hospitalares nos últimos três anos (continue na página seguinte se necessário)

Datas	Motivos

Assinatura

Data

[illegible]

Assinatura	Data
------------	------



Nº beneficiário:

Outro identificador:

1. Visão, audição e comunicação

1.1. Consegue ver (com óculos se usar)?

Sim ☐ Com dificuldade ☐ Não vê nada ☐

1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva se usar)?

Sim ☐ Com dificuldade ☐ Não ouve nada ☐

1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?

Não tem dificuldade ☐ Dificuldade com algumas pessoas ☐

Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐ Com alguma ajuda ☐ Ou não

consegue usar o telefone? ☐

Comentários:

2. Cuidar de si (Auto-cuidado)

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (por exemplo, pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, etc.)?

Sem ajuda ☐ Ou precisa de ajuda para manter a aparência pessoal? ☐

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.) ☐ Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐ Ou não consegue vestir-se? ☐

Assinatura

Data



EASY-Care Standard 2010
Avaliação das necessidades e prioridades actuais – Página 2 de 10

Nº beneficiário:	Outro identificador:
------------------	----------------------

2. Cuidar de si (Auto-cuidado) (continuação)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?
Sem ajuda ☐ Ou precisa de alguma ajuda? ☐

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?
Sem ajuda ☐ Ou precisa de alguma ajuda? ☐

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?
Sem ajuda (limpar o chão, etc.) ☐ Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas) ☐ Ou não consegue fazer qualquer tarefa doméstica? ☐

2.6. Consegue preparar as suas refeições?
Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ Ou não consegue preparar refeições? ☐

2.7. Consegue alimentar-se?
Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, etc.) ☐ Ou não consegue alimentar-se? ☐

2.8. Tem algum(s) problema(s) com a sua boca ou dentes?
Não ☐ Sim ☐ (*Especifique, por favor, no espaço para comentários*)

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?
Sem ajuda (nas doses corretas e às horas certas) ☐ Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐ Não consegue tomar os seus medicamentos ☐

Assinatura

Data

Nº beneficiário:	Outro identificador:
------------------	----------------------

2. Cuidar de si (Auto-cuidado) (continuação)

2.10. Já teve algum problema com a sua pele (por exemplo úlceras na perna, úlceras de pressão)?

Não ☐ Sim ☐ *(Especifique, por favor, no espaço para comentários)*

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes ☐ Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐ Ou tem
acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda de uma algália? ☐

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes ☐ Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐ Ou tem
acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister? ☐

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir o necessário, limpar-se e sair) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐ Ou não
consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária? ☐

Comentários:

Assinatura	Data
------------	------

Nº beneficiário:

Outro identificador:

3. Mobilidade

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐ Ou não consegue deslocar-se? ☐

3.2. Tem problemas com os seus pés?

Não ☐ Alguns problemas ☐ (*Especifique, por favor, no espaço para comentários*)

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐ Numa cadeira de rodas sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐ Ou está acamado? ☐

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (podendo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐

Com alguma ajuda ☐ Ou não consegue subir e descer escadas? ☐

3.5. Nos últimos doze meses caiu alguma vez?

Não ☐ Uma vez ☐ Duas vezes ou mais ☐

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐ Ou não consegue andar no exterior? ☐

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐ Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐ Ou não consegue ir às compras? ☐

3.8. Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (tais como, consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ Com alguma ajuda ☐ Ou não consegue deslocar-se a serviços públicos? ☐

Comentários:

Assinatura

Data

Nº beneficiário:		Outro identificador:
4. Segurança		
4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
4.4. Sente-se discriminado(a) por alguma razão (por exemplo, idade, sexo, raça, religião, incapacidade)?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou de emergência?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Comentários:		
5. Local de residência e finanças		
5.1. De uma forma geral está satisfeito(a) com o seu local de residência?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Comentários:		
Assinatura		Data

Nº beneficiário:

Outro identificador:

6. Manter-se saudável

6.1. Pratica exercício regularmente?

Sim ☐ Não ☐

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Sim ☐ Não ☐

Se sim: Em repouso ☐ À noite ☐ A subir/descer escadas ☐ Na posição horizontal ☐

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, etc.)?

Sim ☐ Não ☐

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Sim ☐ Não ☐

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ Não ☐

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Com excesso de peso ☐ Com perda de peso ☐

Não tem preocupações ☐

6.7. Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia?

Sim ☐ Não ☐

Comentários:

Assinatura

Data

EASY-Care Standard 2010

Avaliação das necessidades e prioridades actuais – Página 7 de 10



Nº beneficiário:

Outro identificador:

7. Saúde Mental e Bem-Estar

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, passatempos, trabalho e outras actividades de aprendizagem que sejam importantes para si?

Sim ☐ Não ☐

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Fraca ☐

7.3. Sente-se sozinho(a)?

Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes ☐

7.4. Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto?

Sim ☐ Não ☐

7.5. Teve alguns problemas em dormir no mês passado?

Sim ☐ Não ☐

7.6. Teve dores corporais no mês passado?

Sim ☐ Especifique: Muito suaves ☐ Suaves ☐ Moderadas ☐ Fortes ☐

Não ☐

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?

Sim ☐ Não ☐

7.8 No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Sim ☐ Não ☐

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?

Sim ☐ Não ☐

Comentários:

Assinatura

Data

Nº beneficiário:

Outro identificador:

8. Informação Adicional**Existem outros problemas que gostasse de registar?**

Que outros assuntos são importantes para si em relação à sua saúde e aos seus cuidados?

9. Comentários de Familiares ou de Amigos**Pode registar aqui a sua opinião sobre os assuntos que foram abordados.**

Existe mais alguma coisa acerca da pessoa a quem presta cuidados que considere importante?

Como resultado do seu papel de cuidador existe algum assunto que gostasse de abordar?

Assinatura

Data

Nº beneficiário:

Outro identificador:

Sumário das Necessidades e Prioridades

Por favor registe no espaço seguinte um sumário das necessidades identificadas, pela ordem de importância que representam para si.

Necessidades	Prioridade de Intervenção (até 3)

Por favor registe no espaço seguinte as necessidades e intervenções imediatas.

Comentários

Assinatura

Data



EASY-Care Standard 2010
Avaliação das necessidades e prioridades actuais – Página 10 de 10

Nº beneficiário:		Outro identificador:	
Consentimento			
<p>A informação registada durante esta avaliação pode ser partilhada com outras pessoas envolvidas na sua prestação de cuidados. Esta informação irá ajudá-las a compreender as suas necessidades e a evitar a repetição de algumas partes da avaliação.</p> <p>Autoriza que a informação registada durante esta avaliação seja partilhada com outras pessoas envolvidas na sua prestação de cuidados?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna informação também poderá ser utilizada no planeamento de futuros serviços ou para fins de investigação. Esta informação será anónima, para que não seja identificado(a). Autoriza que a informação registada durante esta avaliação seja utilizada para ajudar no planeamento de futuros serviços ou para fins de investigação?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Há alguma informação específica que deseje que não seja partilhada? (Por favor indique os pormenores abaixo)</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Existem entidades ou pessoas com as quais não deseje que a informação seja partilhada? (Por favor indique os pormenores abaixo)</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 10px;"> <p>Por favor forneça pormenores:</p> </div>			
Assinatura		Data	



Nº beneficiário:

Outro identificador:

Pontuação de (in)dependência

As questões que se seguem da avaliação *EASY-Care*, relativas às necessidades e prioridades actuais, encontram-se associadas à necessidade de cuidados e de apoio. Pontuações elevadas indicam níveis de necessidade de apoio elevados.

Indicador da necessidade de suporte (pontuações entre parêntesis)	Questão	Pontuação
Não consegue utilizar o telefone, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 1.4	
Precisa de ajuda para manter o aspeto cuidado, sem ajuda	Q 2.1	
Não consegue vestir-se, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 2.2	
Não consegue tomar banho/duche, sem ajuda	Q 2.4	
Não consegue fazer as tarefas domésticas, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 2.5	
Não consegue preparar refeições, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 2.6	
Não consegue alimentar-se, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 2.7	
Não consegue tomar medicamentos, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 2.9	
Acidentes frequentes de bexiga, ocasionais, sem acidentes	Q 2.11	
Acidentes frequentes de intestinos, ocasionais, sem acidentes	Q 2.12	
Não consegue utilizar a sanita, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 2.13	
Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 3.1	
Acamado, precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa, de cadeira de rodas sem ajuda, sem ajuda	Q 3.3	
Não consegue subir nem descer escadas, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 3.4	
Não consegue andar no exterior, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 3.6	
Não consegue ir às compras, com alguma ajuda, sem ajuda	Q 3.7	
Não consegue deslocar-se a serviços públicos, com alguma ajuda, sem dificuldade	Q 3.8	
Não consegue gerir as finanças, capaz de gerir	Q 5.2	
Pontuação Total (0-100)		

Comentários do Avaliador**Sumário das Intervenções Propostas**

Nome do Avaliador

Assinatura

Data



EASY-Care Standard 2010
Sumário de Pontuações – Página 2 de 3

Nº beneficiário:

Outro identificador:

Risco de Falha do Cuidado

As questões que se seguem da avaliação *EASY-Care*, relativas às necessidades e prioridades actuais, demonstram constituir preditores do aumento do risco de admissão hospitalar. Pontuações mais elevadas predizem um aumento do risco.

Indicador de risco	Questões	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a vestir-se	Q 2.2	
tomar banho	Q 2.4	
alimentar-se	Q 2.7	
usar a sanita	Q 2.13	
Alguns acidentes com a bexiga	Q 2.11	
Alguma queda nos últimos 12 meses	Q 3.5	
Preocupações com perda de peso	Q 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	Q 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	Q 7.6	
"Em baixo", deprimido ou desesperado	Q 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	Q 7.8	
Perda de memória ou esquecimentos	Q 7.9	
Total (de 12)		

Comentários do Avaliador

Sumário das Intervenções Propostas

Nome do Avaliador

Assinatura

Data



EASY-Care Standard 2010
Sumário de Pontuações – Página 3 de 3

Nº beneficiário:

Outro identificador:

Risco de Quedas

As questões que se seguem da avaliação *EASY-Care*, relativas às necessidades e prioridades actuais, predizem um aumento do risco de quedas e/ou lesões que resultam de quedas. Três ou mais itens positivos indicam um risco de quedas elevado.

Indicador de risco	Questões	Atribuir 1 ponto a cada um
Tem dificuldade em ver	Q 1.1	
Dificuldade em deslocar-se (da cama para a cadeira)	Q 3.1	
Problemas com os seus pés	Q 3.2	
Uma ou mais quedas no último ano	Q 3.5	
Incapaz de sair de casa	Q 3.6	
Falta de segurança no domicílio	Q 4.1	
Falta de segurança fora de casa	Q 4.2	
Ingestão excessiva de álcool	Q 6.4	
Total (de 8)		

Comentários do Avaliador

Sumário das Intervenções Propostas

Nome do Avaliador

Assinatura

Data

Anexo 2 – Declaração de Autorização da Coordenação do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes

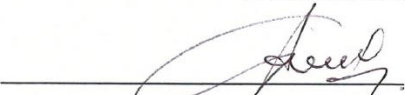


Declaração

Para efeitos de submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Universidade de Aveiro, a Coordenadora do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes da Direção Geral da Saúde declara ser verdade que no âmbito do projeto **COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas** afeto ao Programa referido, o instrumento EASYCare está a ser aplicado em várias unidades de saúde no país pelo que o estudo sobre a **Aceitabilidade do EASYCare pelos profissionais do Serviço Nacional de Saúde em Portugal** da responsabilidade da Prof^a Doutora Maria Piedade Brandão, é do seu conhecimento.

Lisboa, 18 de Novembro de 2014

A Coordenadora


(Dr.ª Gregória Paixão von Amann)

Anexo 3 – Parecer do Conselho de Ética e Deontologia

conselho de ética e deontologia

universidade de aveiro



theoria poiesis praxis

sua referência

tel. +351 234 370 615

sua comunicação de

campus universitário de santiago
38010-193 aveiro
e-mail: ced@ua.pt

nossa referência

02-CED/2015, 15/01/2015

Exma. Senhora
Prof.ª Doutora Maria Piedade Brandão
Escola Superior de Saúde
Universidade de Aveiro - Edifício 30
Abras do Crasto - Campus Universitário de Santiago
3810-193 Aveiro

Assunto: Processo n.º: 8/14

Requerente: Prof.ª Doutora Maria Piedade Brandão

Designação do Projeto e objeto de parecer do Conselho de Ética e Deontologia:
"Aceitabilidade do EASYCare pelos Profissionais do Serviço Nacional de Saúde em Portugal".

Por indicação do Senhor Presidente do Conselho de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro, Prof. Doutor Luís Carlos Araújo, remete-se em anexo, o parecer respeitante ao processo *supra* identificado, elaborado pela Comissão Permanente para os Assuntos de Investigação deste Órgão, decorrente do pedido/e-mail submetido por V. Ex.ª em 27.11.2014.

Segue ainda, nos mesmos termos, uma Declaração cuja devolução se solicita devidamente datada e assinada.

Com os melhores cumprimentos.

Conceição Ramos

PROCESSO n.º 8/2014

REQUERENTE : Prof.ª Doutora Maria Piedade Brandão

DESIGNAÇÃO DO PROJETO: “Aceitabilidade do EASYcare pelos profissionais do Serviço Nacional de Saúde de Portugal”

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Prof.ª Doutora Maria Piedade Brandão

RELATOR: Armando J. Pinho

RELATORES ADJUNTOS: Professor António Nogueira, Professor Machado de Abreu e Dr.ª Isabel Cunha Gil

PARECER

A - Fundamentação

A Comissão Permanente do Conselho de Ética e Deontologia (CED) da Universidade de Aveiro considera que o pedido de parecer se encontra suficientemente fundamentado, é informativo e esclarecedor, tendo em conta o carácter do estudo em relação ao qual o parecer é solicitado: avaliar a aceitabilidade do instrumento EASYcare por parte dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde que o utilizam e que se encontram associados aos Centros de Saúde do continente português que integram o projecto "Com Mais Cuidado".

Os responsáveis pelo presente estudo pretendem: i) determinar a exequibilidade da aplicação do instrumento; ii) identificar o nível de compreensão dos conteúdos do EASYcare; iii) conhecer as percepções dos profissionais relativamente às potencialidades do instrumento na identificação das necessidades, capacidades e qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas; iv) conhecer as opiniões dos profissionais quanto ao impacto do conhecimento obtido na alteração das práticas profissionais; v) identificar necessidades decorrentes da aplicação do instrumento e eventuais lacunas do instrumento; vi) recolher sugestões de melhoria de quem, pelo trabalho no terreno, tem uma percepção muito concreta dos pontos fortes e eventuais pontos a melhorar do referido instrumento de avaliação; vii) elaborar um manual de apoio aos utilizadores que pretendam aplicar o EASYcare nos contextos de saúde em Portugal.

O estudo será realizado via correio electrónico, sendo adoptado o método Delphi, o qual tem como objectivo facilitar a expressão dos participantes, o acesso às suas experiências e percepções, e promover uma efectiva participação dos profissionais no estudo.

Com base na documentação apresentada pela requerente, o CED considera que a proposta de estudo respeita os princípios de ética aplicáveis a este tipo de projecto de investigação, na medida em que:

1. O estudo salvaguarda o consentimento informado dos profissionais participantes, garantindo que este consentimento só é obtido após o seu esclarecimento sobre os objectivos do estudo e respectivos procedimentos.
2. O estudo salvaguarda o carácter voluntário da participação dos profissionais de saúde e garante que estes podem desistir de livre vontade, em qualquer altura, sem terem que dar qualquer justificação.

Conselho de Ética

3. A obtenção de dados para o estudo não envolve a aplicação de métodos invasivos ou danosos para os participantes, consistindo unicamente no preenchimento de questionários.
4. A equipa de investigação deste projecto responsabiliza-se por assegurar o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos.

B - Recomendações

A utilização de correio electrónico para a realização dos inquéritos levanta algumas questões quanto à garantia de anonimato. Por conseguinte, sugere-se que seja dada a possibilidade aos participantes de utilizarem outro tipo de suporte para o envio das respostas às questões colocadas nos inquéritos (por exemplo, através de carta não identificada). Os participantes deverão ser informados desta possibilidade antes de assinarem o consentimento informado.

C - Conclusão

A Comissão Permanente do CED, constituída pelos ora Relatores, após a apreciação conjunta da documentação recebida e atendendo a que os procedimentos descritos no estudo de investigação apresentado: asseguram a não utilização de qualquer método invasivo; asseguram que os participantes serão oportunamente informados e esclarecidos sobre as condições em que vão decorrer a recolha de dados, de modo a ser obtido o consentimento informado; garantem que os dados recolhidos serão tratados de maneira a permanecerem confidenciais e anónimos;

Entende o CED que ficam salvaguardadas as exigências éticas e os princípios da justiça, da autonomia e bem-estar dos participantes e, por isso, **dá parecer favorável** à realização do projecto intitulado “Aceitabilidade do EASYcare pelos profissionais do Serviço Nacional de Saúde de Portugal”.

Aveiro, 14 de Janeiro de 2015

Os Relatores:

